

**Claim Form for the Lump-sum Withdrawal Payments  
(for National Pension and Employees' Pension Insurance)  
脱退一時金裁定請求書 (国民年金/厚生年金保険)**

Só para o uso oficial  
(センター記入欄)

受付番号

--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Preencha, por gentileza, as lacunas de 1 a 5 abaixo.

◎次の1～5について必要事項を記入してください。

1. Data 記入日			2. Assinatura do solicitante 請求者本人の署名(サイン)	
Ano 年	Mês 月	Dia 日		

3. Nome, data de nascimento e endereço do solicitante (請求者氏名、生年月日及び住所)

Nome 氏名									
Data de nascimento 生年月日				Ano 年		Mês 月		Dia 日	
Endereço 住所									
								Pais	

4. Conta bancária em que o Pagamento Integral de Desligamento deve ser depositado (脱退一時金振込先口座)

Só para o uso oficial 支払機関センター記入欄	1	3	銀行番号					
Nome do banco 銀行名								
Nome da agência 支店名								
Endereço da agência 支店の所在地								
								Pais
Numero da conta bancária 口座番号								Carimbo do banco 銀行の口座証明印
Nome do titular da conta (deve ser o do solicitante) 請求者本人の口座名義	English							
	カタカナ(日本国内の金融機関を指定した際のみ記載)							

5. Dados da caderneta de pensão do solicitante (年金手帳の記載事項)

Número básico de pensão 基礎年金番号									
Número de registro no Plano de Pensão Previdenciária 厚生年金保険の記号番号									
Número de registro no Plano de Pensão Previdenciária (seguro dos marinheiros) 厚生年金保険(船員保険)の記号番号									
Número de registro no Plano Nacional de Pensão 国民年金の記号番号									

Só para o uso oficial

(社会保険業務センター記入欄)

加入制度	チェック1	チェック2	チェック3	チェック4
厚 船 国	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(送金先国) (課税△/非0) (本人請求△/他2) (日独非対象者△/対象者01)

センター決定印

センター受付印

(入力回付年月日)

※Preencha os itens com alfabeto romano, por favor. (Escreva com letras maiúsculas, por favor.) Preencha somente os quadros delimitados com linha grossa.  
 (記入はアルファベットの欧文大文字でお願いします。太わく内のみ記入してください。)