



2. Correspondence address / 連絡先住所

You should only complete this section if you wish to receive your correspondence at an address other than your home address.

自宅の住所と異なる住所への連絡を希望する場合のみ記入してください。

Name, if c/o
 ~様方の場合は、その氏名

Street and number/P.O. box number
 番地 / 私書箱番号

Postal code and town/city
 郵便番号および市町村

Province
 州 / 県

Country
 国

Telephone number
 電話番号

3. Education / 教育

3.1 Education/training courses followed since primary school?

初等教育以後、教育/職業訓練を続けましたか。

.....

.....

.....

.....

3.2 Main study/subjects?

専攻

.....

.....

3.3 Qualifications/diplomas?

資格 / 学位

.....

.....

3.4 Do you have a driving licence? No

運転免許証をもっていますか。

いいえ
 Yes > Category: A B C D E
 はい 種類

3.5 Do you have special skills or experiences?

特別な技能または経験はありますか。

.....

.....

3.6 What is your hobby?

趣味はなんですか。

.....

.....



4. Current working situation / 現在の就労状況

4.1 Do you still work (solely or partly)?
現在就労していますか（専らまたは部分的に）

- No > go on to question 6
いいえ（項番6へ進んでください）
 Yes
はい

4.2 What is your usual profession?
あなたの通常の専門はなんですか。

.....

4.3 Name of the current employer
現在の雇用主名称

.....

4.4 Address
所在地

.....

4.5 Postal code and city
郵便番号および市町村

.....

4.6 Date employment commenced
雇用開始日

.....

4.7 Number of working hours per week
週あたりの就労時間

.....

.....

- Fixed
固定
 Variable (average)
変動（平均）

4.8 Gross earnings
総額

..... Per

- week 4 weeks Month Year
週ごと 4週間ごと 月ごと 年ごと

4.9 Are you self-employed or were you self-employed during the three years prior to the first day of sickness?

疾病の初日以前3年の間に、自営業を営んでいましたか。

.....



5. First day of sickness followed by disability and last employer

障害のもとになった疾病の初日および最終雇用主

Please enclose copies of medical information proving your incapacity for work.

就労不能を証明する医療情報の写しを同封してください。

5.1 What is the last day of work before you became sick followed by disability?

障害のもとになった疾病が生じる前の就労の最終日はいつですか。

.....

5.2 What is the first day of sickness followed by disability?

障害のもとになった疾病の初日はいつですか。

.....

5.3 What is your usual profession?

通常の専門はなんですか。

.....

5.4 Name of the last employer

直近の雇用主名称

.....

5.5 Address

所在地

.....

5.6 Postal code and city

郵便番号および市町村

.....

5.7 Date employment commenced (and ended)

雇用開始日（終了日）

.....

5.8 Number of working hours per week

週あたりの就労時間

.....

Fixed

固定

.....

Variable (average)

変動（平均）

5.9 Gross earnings

総額

..... Per

week

週ごと

4 weeks

4週間ごと

Month

月ごと

Year

年ごと



6. Former employers / 以前の雇用主

Please state below where you have worked in Japan and in the Netherlands.

日本及びオランダでの就労歴を下欄に記入してください。

from (day/month/year) 自 (日/月/年)	to (day/month/year) 至 (日/月/年)	name and location of the employer/location of self-employment 事業主の名称と所在地/ 自営業を営んでいた場所	province and country 州 / 県および国	a. insurance institution or scheme 保険機関または制度 b. registration number 登録番号
				a. b.
				a. b.
				a. b.
				a. b.
				a. b.
				a. b.
				a. b.
				a. b.

Please enclose documentary evidence of the periods of work in the Netherlands (employer's statement, Dutch tax assessment etc.).

オランダにおける就業期間を証明する書類を同封してください (事業主の陳述書、オランダの納税証明書など)。



7. Pensions and benefits / 年金と給付

Do you receive a pension or Benefit or claimed a pension or benefit? no (please go to question 8) yes
あなたは年金または給付を受け取っていますか (または申請していますか)。
If so, from what country the Netherlands / オランダ Japan / 日本 another country (please specify)
その他の国 (具体的に)

Type of pension or benefit
年金/給付の種類
Since what date are you in receipt of this pension or benefit
いつからこの年金/給付を受け取っていますか。
Name of pension or benefit institution
年金/給付機関の名称
Pension or benefit registration number
年金/給付の登録番号
Street and number/P.O. box number
番地/ 私書箱番号
Postal code and town/city
郵便番号および市町村
Province
州/県
Country
国
Telephone number
電話番号

Enclose copies of most recent documentary evidence regarding this pension or benefit.

この年金/給付に関する最新の証明書の写しを同封してください。

8. Payment details / 支払の詳細

The Dutch disability benefit should be remitted to
オランダの障害給付送金先
Account number
口座番号
Account holder
口座名義人
Bank
銀行
Name of Branch
支店
BIC/Swift code
BIC/Swift コード
Street and number/P.O. box number
番地/ 私書箱番号
Postal code and town/city
郵便番号および市町村
Province
州/県
Country
国

Enclose a copy of a document showing your full banking details.

あなたの銀行口座の詳しい情報を示す書類の写しを同封してください。



9. Space for additional remarks / 追記欄

Be sure to quote the number of the section to which your remark refers.

追記する項目の番号を必ず記入してください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Signature / 署名

If you provide false information or if you are late in reporting a change in your domestic situation, you will be fined.

UWV is statutorily obliged to reclaim any overpaid or unduly paid amounts.

虚偽の情報を提出した場合、または家庭状況の変化に関する報告が遅れた場合は、罰金が課されます。

UWVは、過分または不正に支払われた金額の返還を要求することを法令によって義務付けられています。

Applicant 請求者

I declare that the information on this form is true and complete. I am aware that UWV will keep my data on file, and I have taken due note of my obligation to report changes in my personal situation.

私は、この様式に記載された情報が真実であり、欠落がないことを宣言します。私は、UWVが私のデータを記録・保管することを承知しており、私個人の状況に変化があった場合は報告する義務があることに十分注意しました。

Place

場所

Date

日付

Signature of applicant

請求者の署名



11. Authorization / 情報開示に関する承諾

11.1 Release of information by other institutions / 他の機関による情報開示

I hereby authorize: 私は、

- the employers for whom I have worked / われわれの元雇用主
- organizations implementing social security schemes / 社会保障制度の実施機関
- institutions or persons carrying out medical examinations / 医療診断を実施した機関/者
- the population registers / 人口登録機関
- the tax authorities / 税務署

to release any information about myself that UWV needs for the assessment of my entitlement to benefit or for the verification of the data provided.

が、私自身に関する情報で、UWVが私の給付の受給資格を評価する際、または提出されたデータを検証する際に必要な情報を開示することを承諾します。

Date

日付

Name and initials of applicant

請求者の氏名およびイニシャル

Signature

署名

11.2 Release of information by UWV / UWVによる情報開示

I hereby authorize UWV to release any information about myself which other organizations may request for the implementation of social security schemes.

私は、UWVが私自身に関する情報で、他の機関が社会保障制度の実施のために要請したものを開示することを承諾します。

Date

日付

Name and initials of applicant

請求者の氏名およびイニシャル

Signature

署名

11.3 Undue payments/overpayments /不正な支払/ 過分の支払

I hereby authorize UWV to recover any unduly paid or overpaid disability benefit by debiting my account with the amount paid in excess.

私は、UWVが、障害給付が不正または過分に支払われた場合に、私の口座から引き落とすことによって過分に支払われた金額を回収することを承諾します。

Date

日付

Name and initials of applicant

請求者の氏名およびイニシャル

Signature

署名