

社会保障に関する日本とハンガリーとの間の協定 /
SZOCIÁLIS BIZTONSÁGRÓL SZÓLÓ EGYEZMÉNY JAPAN ÉS MAGYARORSZÁG KÖZÖTT

ハンガリー遺族年金請求書 /
IGÉNYBEJELENTŐ LAP HOZZÁTARTOZÓI NYUGELLÁTÁSHOZ

日本の実施機関による受付日入りスタンプ
A japán illetékes intézmény érkezett
bélyegzőjének helye

一方又は両方の締約国の制度に加入したことがあって、協定に基づいて受給資格期間を満たしている方にかかるハンガリー遺族年金を請求されようとする日本にお住まいの方、又はその代理の方は、この請求書を記入の上、亡くなられた方のハンガリー保険期間等の書類を添えて、日本の実施機関に提出してください。その後、日本の実施機関からハンガリー実施機関へ送付されることになります。/

Ezt a nyomtatványt japán lakó- vagy tartózkodási hellyel rendelkező igénylőnek vagy meghatalmazottjának kell kitöltenie, és a japán illetékes intézmény küldi meg a magyar illetékes intézmény részére, ha a jogszerző az egyik, vagy mindkét Szerződő Fél jogszabályainak hatálya alá tartozott, és ezek területén az Egyezmény alapján beszámítható időt szerzett. Az igénybejelentőhöz célszerű mellékelni az elhunyt biztosított magyarországi biztosítási múltjára vonatkozó dokumentumokat.

誤った記載がある場合には、この請求書の処理が遅延することがあります。死亡した被保険者にかかる個人情報、大文字で記入してください。質問には正しく回答し、また該当する項目に適切に“X”を付けて下さい。/ E nyomtatvány pontatlan, hiányos kitöltése az igényelbírálást hátráltatja. Az elhunyt biztosított és az igénylő személyi adatait nagybetűkkel kell feltüntetni, a kérdésekre a megfelelő adatok beírásával, illetőleg a megfelelő válasz „X” jelzéssel való megjelölésével kell válaszolni.

| | | | |
|---|------------------------|---------------------------------|---------------------|
| 1. 請求者の個人情報 / Az igénylő személyi adatai | | | |
| ハンガリーにおけるTAJ番号 / TAJ-szám Magyarországon: | | | |
| 日本の基礎年金番号 / Japán Alapnyugdíj azonosító száma: | | | |
| 氏 / Családi név: | ローマ字 / latin betűkkel | カタカナ / katakana betűkkel | 漢字 / kanji betűkkel |
| 名 / Utónév: | ローマ字 / latin betűkkel | カタカナ / katakana betűkkel | 漢字 / kanji betűkkel |
| 出生時の氏名 / Születés kori családi és utónév: | ローマ字 / latin betűkkel | カタカナ / katakana betűkkel | 漢字 / kanji betűkkel |
| 従前の氏名 / Előző családi és utónévnév: | ローマ字 / latin betűkkel | カタカナ / katakana betűkkel | 漢字 / kanji betűkkel |
| 性別 / Neme: <input type="checkbox"/> 女性 / nő <input type="checkbox"/> 男性 / férfi | | | |
| 生年月日 / Születési idő: | | 年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN ____/____/____ | |
| 出生地 / Születési hely: | ローマ字 / latin betűkkel | カタカナ / katakana betűkkel | 漢字 / kanji betűkkel |
| 母親の出生時の氏名 / Anyja születés kori családi és utóneve: | ローマ字 / latin betűkkel | カタカナ / katakana betűkkel | 漢字 / kanji betűkkel |
| 国籍 / Állampolgárság: | ローマ字 / latin betűkkel | | |
| 居住地 / Lakóhely címe: | | | |
| ローマ字 / latin betűkkel _____ | | | |
| カタカナ / katakana betűkkel _____ | | | |
| 漢字 / kanji betűkkel _____ | | | |
| 滞在地 / Tartózkodási hely címe: | | | |
| ローマ字 / latin betűkkel _____ | | | |
| カタカナ / katakana betűkkel _____ | | | |
| 漢字 / kanji betűkkel _____ | | | |
| 後見人の氏名 / Gyám (gondnok) neve, lakcíme: | ローマ字 / latin betűkkel: | カタカナ / katakana betűkkel: | 漢字 / kanji betűkkel |

| | |
|-----|--|
| 1.1 | <p>亡くなった被保険者との関係 / Az elhunyt biztosítotthoz való viszony:</p> <p><input type="checkbox"/> 寡婦 / özvegyasszony, <input type="checkbox"/> 寡夫 / özvegyember,</p> <p><input type="checkbox"/> 配偶者 / házastárs <input type="checkbox"/> 登録パートナーシップ(同性婚) / bejegyzett élettárs,</p> <p><input type="checkbox"/> 離婚した配偶者 / elvált házastárs,</p> <p><input type="checkbox"/> 同居者 / élettárs,</p> <p><input type="checkbox"/> 両親 / szülő, <input type="checkbox"/> 祖父母 / nagyszülő, <input type="checkbox"/> 子供 / gyermek, <input type="checkbox"/> 孫 / unoka.</p> |
| 1.2 | <p><input type="checkbox"/> 請求者は年金又は給付金を / Igénylő nyugellátásban vagy ellátásban részesül: (年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN)</p> <p>_____ から / -tól _____ まで受給している。/-ig. :</p> <p>年金又は給付の種類 / A nyugdíj vagy ellátás típusa</p> <p><input type="checkbox"/> 老齢年金 / öregségi nyugdíj</p> <p><input type="checkbox"/> 遺族年金 / hozzátartozói nyugdíj</p> <p><input type="checkbox"/> その他の給付 / egyéb ellátás megnevezése: _____</p> <hr/> <p>年金又は給付金番号 / A nyugdíj vagy ellátás hivatkozási száma:</p> <hr/> <p>年金又は給付金の月額 / A nyugdíj vagy ellátás havi összege:</p> <hr/> <p>支払責任機関の名称と所在地 / Az ellátásokat folyósító intézmény neve, címe:</p> <p>ローマ字 / latin betűkkel _____</p> <p>カタカナ / katakana betűkkel _____</p> <p>漢字 / kanji betűkkel _____</p> <p><input type="checkbox"/> 請求者は、年金又は給付金を受給していない。 / Az igénylő nem részesül nyugdíjban vagy ellátásban.</p> |
| 1.3 | <p>亡くなった被保険者との結婚日 / Az igénylő és az elhunyt biztosított személy házasságkötésének időpontja: 年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN _____ / _____ / _____</p> <hr/> <p>同居開始日 / Az együttélés kezdete: 年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN _____ / _____ / _____</p> <hr/> <p>同居は死亡時まで続いていたか。 / Az együttélés a biztosított haláláig tartott?</p> <p><input type="checkbox"/> はい / Igen. <input type="checkbox"/> いいえ / Nem.</p> <p>もし違う場合、理由を明記して下さい。 / Ha nem, kérjük adja meg az okot (ローマ字 / latin betűkkel):</p> <p>_____</p> <hr/> <p>該当する場合 / Az esetnek megfelelően:</p> <p><input type="checkbox"/> 同居が終了した日付 / a házassági közösség megszüntetésének időpontja: 年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN _____ / _____ / _____</p> <p><input type="checkbox"/> 離婚日 / a válás időpontja : 年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN _____ / _____ / _____</p> |
| 1.4 | <p>請求者には深刻な健康問題が生じているか。 / Az esetnek megfelelően az igénylő rendelkezik-e egészségkárosodással?</p> <p><input type="checkbox"/> はい / Igen. <input type="checkbox"/> いいえ / Nem.</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 健康問題が生じている。 / Az egészségkárosodás megállapítása folyamatban van.</p> |
| 1.5 | <p>寡婦(夫) / Az özvegy:</p> <p><input type="checkbox"/> 子育て中 / gyermeket nevel <input type="checkbox"/> 子供を育てていない。 / nem nevel gyermeket</p> |

| 2. 亡くなった被保険者に関する情報 / Az elhunyt biztosított személyre vonatkozó információk | | | |
|---|---|---------------------------|---------------------|
| ハンガリーにおけるTAJ番号 / TAJ-szám Magyarországon: | | | |
| 日本の基礎年金番号 / Japán Alapnyugdíj azonosító szám: | | | |
| 氏 / Családi név: | ローマ字 / latin betűkkel | カタカナ / katakana betűkkel | 漢字 / kanji betűkkel |
| 名 / Utónév: | ローマ字 / latin betűkkel | カタカナ / katakana betűkkel | 漢字 / kanji betűkkel |
| 出生時の氏名 / Születéskori családi és utónév: | ローマ字 / latin betűkkel | カタカナ / katakana betűkkel | 漢字 / kanji betűkkel |
| 従前の氏名 / Előző családi és utónévnév: | ローマ字 / latin betűkkel | カタカナ / katakana betűkkel | 漢字 / kanji betűkkel |
| 性別 / Neme: <input type="checkbox"/> 女性 / nő <input type="checkbox"/> 男性 / férfi | | | |
| 生年月日 / Születési idő: | 年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN_ _ _ _ / _ _ / _ _ | | |
| 出生地 / Születési hely: | ローマ字 / latin betűkkel | カタカナ / katakana betűkkel: | 漢字 / kanji betűkkel |
| 母親の出生時の氏名 / Anyja születéskori családi és utóneve: | ローマ字 / latin betűkkel | カタカナ / katakana betűkkel | 漢字 / kanji betűkkel |
| 国籍 / Állampolgárság: | ローマ字 / latin betűkkel | | |
| 居住地 / Lakóhely címe: | | | |
| ローマ字 / latin betűkkel _____ | | | |
| カタカナ / katakana betűkkel _____ | | | |
| 漢字 / kanji betűkkel _____ | | | |
| 2.1 | 死亡時点の婚姻関係 / Családi állapot a halál időpontjában: | | |
| <input type="checkbox"/> 独身 / egyedülálló: | | | |
| <input type="checkbox"/> 離婚 / elvált: _____ óta / から | | | |
| <input type="checkbox"/> 別居 / külön él: _____ óta / から | | | |
| <input type="checkbox"/> 結婚 / házas: _____ óta / から | | | |
| <input type="checkbox"/> 再婚 / újrَاهázasodott: _____ óta / から | | | |
| <input type="checkbox"/> 寡婦(夫) / özvegy: _____ óta / から | | | |
| <input type="checkbox"/> 同居 / élettárs: _____ óta / から | | | |
| <input type="checkbox"/> 登録パートナーシップ(同性婚) / bejegyzett élettárs: _____ óta / から | | | |
| 2.2 | 死亡した日付と場所 / A halál ideje és helye: 年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN_ _ _ _ / _ _ / _ _ | | |
| (ローマ字 / latin betűkkel) _____ | | | |
| 正式に行方不明とされた日付 / Eltűnt személy esetén az eltűntnek nyilvánítás időpontja: | | | |
| 年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN_ _ _ _ / _ _ / _ _ | | | |

| | |
|-----|--|
| | <p>行方不明者が、正式に死亡とされた日付 / Eltűnt személy esetén a holtak nyilvántás időpontja :</p> <p>年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN_ _ _ _ / _ _ _ / _ _ _</p> |
| | <p>A halál:</p> <p><input type="checkbox"/> 業務上の疾病又は災害による死亡 / feltehetőleg</p> <p><input type="checkbox"/> 業務外の事由による死亡 / feltehetőleg nem munkahelyi baleset vagy foglalkozási megbetegedés következménye.</p> |
| | <p>A halált:</p> <p><input type="checkbox"/> 第三者行為による死亡 / feltehetőleg</p> <p><input type="checkbox"/> 第三者行為による死亡ではない / feltehetőleg nem egy harmadik fél okozta.</p> |
| 2.3 | <p>A halál időpontjában a biztosított:</p> <p><input type="checkbox"/> 死亡日において、被保険者は有給雇用に従事していた。 / még végzett /</p> <p><input type="checkbox"/> 有給雇用に従事していなかった。 / már nem végzett kereső tevékenységet.</p> |
| 2.4 | <p>Halálakor a biztosított személy:</p> <p><input type="checkbox"/> 死亡時において、被保険者は年金又は給付金を受給していた。 / részesült</p> <p><input type="checkbox"/> 受給していなかった。 / nem részesült</p> <p>nyugdíjban vagy ellátásban.</p> <p>該当する場合 / Megfelelő esetben:</p> <p>年金または給付金の種類 / A nyugdíj vagy ellátás típusa:</p> <p><input type="checkbox"/> 老齢年金 / öregségi nyugdíj</p> <p><input type="checkbox"/> 遺族年金 / hozzátartozói nyugdíj</p> <p>年金又は給付金番号 / A nyugdíj vagy ellátás hivatkozási száma: _____</p> <p>年金支給開始日 / A nyugdíjfolyósítás kezdő napja: 年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN_ _ _ _ / _ _ _ / _ _ _</p> <p>支払責任機関の名称と所在地 / A kifizetésért felelős intézmény:</p> <p>ローマ字 / latin betűkkel _____</p> <p>カタカナ / katakana betűkkel _____</p> <p>漢字 / kanji betűkkel _____</p> |

| 3. ハンガリーの保険期間 / Magyarországon biztosításban töltött idők ¹ | | | |
|--|------------------|--|---|
| 就労活動期間 / A tevékenység időtartama から / tól | | 雇用/就労活動の職種 / A tevékenység típusa /munkakör (ローマ字 / latin betűkkel) | 雇用主の名称及び所在地 / A munkáltató neve, címe (ローマ字 / latin betűkkel) |
| 年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN | 年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|-----|---|
| 3.1 | 亡くなられた被保険者はこれまでに大学で全日制の課程を専攻していましたか？ / Az elhunyt biztosított személy folytatott-e nappali tagozaton egyetemi, főiskolai tanulmányokat? <input type="checkbox"/> はい / Igen. <input type="checkbox"/> いいえ / Nem. |
| | 「はい」であれば、国、教育機関、学部学科及び修学期間を記入して下さい。 / Ha igen, melyik országban, melyik intézményben, milyen karon/szakon és mikortól-meddig? ² (ローマ字 / latin betűkkel): |
| | 亡くなられた被保険者は、1998年1月1日以降、ハンガリーでの全日制の課程を専攻した期間に、年金保険料を支 払いましたか？ / Az elhunyt biztosított személy fizetett nyugdíjbiztosítási járulékot az 1998. január 1-je utáni magyarországi tanulmányok idejére? <input type="checkbox"/> はい / Igen. <input type="checkbox"/> いいえ / Nem. |
| 3.2 | ハンガリーにおいて、亡くなられた被保険者は、全ての社会保険給付又は加入期間に関する規定に基づいて、保 険料を支払ったことがありますか？ / Az elhunyt biztosított személy a társadalombiztosítás valamennyi ellátására, vagy szolgálati idő megszerzése céljából megállapodás alapján fizetett-e járulékot Magyarországon? <input type="checkbox"/> はい / Igen. <input type="checkbox"/> いいえ / Nem. |
| | 「はい」であれば、期間と保険料を納付した社会保障機関を記入して下さい。 / Ha igen, mikortól-meddig, és melyik társadalombiztosítási szervhez? (ローマ字 / latin betűkkel): |
| 3.3 | 亡くなられた被保険者はハンガリー私的年金基金の会員ですか？ / Az elhunyt biztosított személy magyar magánnyugdíj-pénztárnak tagja volt-e? <input type="checkbox"/> はい / Igen. <input type="checkbox"/> いいえ / Nem. |
| | 「はい」であれば、年金基金の名称及び所在地を記入して下さい。 / Ha igen, közölje a magánnyugdíj-pénztár nevét, és címét (ローマ字 / latin betűkkel): |
| 3.4 | 亡くなられた被保険者はこれまでにハンガリーにおいて病人介護のため又は子の養育のための手当を受給したこ とがありますか？ / Az elhunyt biztosított személy részesült Magyarországon ápolási díjban, gyermeknevelési támogatásban? <input type="checkbox"/> はい / Igen. <input type="checkbox"/> いいえ / Nem. |
| | 「はい」であれば、その期間を記入して下さい。 / Ha igen, mikortól-meddig? (年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN) _____から / -tól _____まで / -ig |
| | 支払機関の名称及び所在地: / Az ellátást folyósító szerv neve, címe (ローマ字 / latin betűkkel): _____ |
| | 亡くなられた被保険者は当該期間に年金保険料を支払っていましたか？ / Az elhunyt biztosított személy fizetett erre az időre nyugdíjjárulékot? <input type="checkbox"/> はい / Igen. <input type="checkbox"/> いいえ / Nem. |

| | |
|-----|--|
| 3.5 | <p>兵役又は公務員にかかる保険期間を付与されるため、あなたが保有する場合には、証拠として、書類（又はその謄本）を添付してください。 / A katonai (polgári) szolgálati idő beszámítása érdekében mellékelheti azokat a magyarországi okmányokat (illetve azok hitelesített másolatát), amelyek bizonyítják³ :</p> <p>a) 現役又は予備役として旧軍隊又は部隊、募兵として旧ハンガリー陸軍（又は船隊）、職業軍隊役としての期間 / a volt fegyveres erők és a fegyveres testületek, valamint a volt honvédség (folyamórség) sorozott állományú tagjaként eltöltött első tényleges és tartalékos szolgálatának az idejét,</p> <p>b) 国防に従事及び/又は監禁下にあった期間 / a honvédelmi munkaszolgálatban, továbbá a hadifogságban töltött időt,</p> <p>c) 被追放者としての期間 / a deportálásban töltött időt,</p> <p>d) または、亡くなられた被保険者の意思に反しこの国を離れることが余儀なくされていた場合には、1939年法律第2号に基づき、青年民兵組織"Levente"として海外で過ごした期間 / az 1939. évi II. törvényen alapuló leventeszolgálatban külföldön töltött idejét, ha az elhunyt biztosított személyt akarata ellenére kényszerítették az ország területének az elhagyására.</p> |
|-----|--|

| | | | | |
|-----|--|---|--|---|
| 4. | 子(出生証明書の謄本を添付してください) / Gyermekekre vonatkozó adatok (a születési anyakönyvi kivonatok hiteles másolatát csatolni kell) | | | |
| 4.1 | 氏 / Családi név: (ローマ字 / latin betűkkel) | 名 / Utónév: (ローマ字 / latin betűkkel) | 生年月日及び出生場所 / Születési hely és idő: (年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN) | 関係(実子、養子、里子) / Elhunythoz való viszonya (saját, örökbefogadott, nevelt): (ローマ字 / latin betűkkel) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 4.2 | 長期的な病気又は重大な障害状態にある項番4.1にある子(ら)の名前(出生証明書の謄本を添付してください) / A 4.1 pontban megnevezettek közül tartósan beteg vagy súlyosan fogyatékos gyermek neve (az ezt bizonyító orvosi igazolást csatolni kell): | | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 5. | 支払の詳細 / A nyugellátás folyósításához szükséges adatok: | | |
| | 私はハンガリー給付金を支給されることを要求します / A nyugellátás folyósítását: | | |
| 5.1 | <input type="checkbox"/> ハンガリーに居住する私の代理人 / magyarországi meghatalmazott részére kérem: 代理人の氏名及び住所(委任状を添付してください) / A meghatalmazott neve és címe (a meghatalmazást csatolni kell) (ローマ字 / latin betűkkel): _____ | | |
| 5.2 | <input type="checkbox"/> 日本又はハンガリーの銀行口座 / japán vagy magyarországi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számlára kérem. 金融機関名(銀行・支店名) / A pénzintézet neve (ローマ字 / latin betűkkel): _____ 金融機関の所在地 / A pénzintézet címe (ローマ字 / latin betűkkel): _____ 口座番号 (IBAN) / számlaszám (IBAN): _____ SWIFT/BIC番号 / SWIFT/BIC kód: _____ 通貨 / devizanem: _____ | | |
| 5.3 | この口座は、個人又は共同口座ですか? / A fizetési számla feletti rendelkezési joga önálló? <input type="checkbox"/> 私の所有です。 / Tulajdonos vagyok. <input type="checkbox"/> 共同所有です。 / Társulajdonos vagyok. | | |

| | |
|----|--|
| 6. | 代理人の詳細 / Meghatalmazott adatai 代理人を指定した場合に記入して下さい(委任状を添付してください)。/ Meghatalmazás esetén kitöltendő (a meghatalmazást csatolni kell). |
| | 代理人(氏名及び住所) / Az igénylő meghatalmazza (név és cím) (ローマ字 / latin betűkkel): _____ |
| | 日付 / Dátum: 年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN ____/____/____ |
| | 請求者の署名 / Az igénylő aláírása: _____ 請求者のe-mailアドレス / Az igénylő e-mail címe: _____ 請求者の電話番号 / Az igénylő telefonszáma: _____ |

私は、私が提供する全ての情報が真実及び正確であることを宣誓します。私は、誤った情報によってもたらされた損害の賠償を支払う義務があることを理解します。さらに私は、15日以内に何らかの状況変更の主張を実施機関に通知する義務があることを理解します。/

Anyagi és büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatszolgáltatásból eredő kárt köteles vagyok megtéríteni. Tudomásul veszem továbbá, hogy az adatokban bekövetkező bármilyen változást köteles vagyok az igényt elbíráló szervnek 15 napon belül bejelenteni.

日付 / Kelt.: 年月日 / ÉÉÉÉ/HH/NN ____/____/____

請求者の署名 / Az igénylő aláírása: _____

証拠書類 / KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ

¹ あなたの雇用手帳に示されていない雇用期間—1992年6月30日以後の期間を含む—すなわち、あなたが弁護士、自営業者、工業又は農業協同組合の加入員、または一般的な作業を行う—農業協同組合の加入者の家族の一員、専門協同組合の加入員として労務した期間、並びに、あなたが請求している全ての加入期間を列記してください。雇用手帳、社会保険証明書、使用人免許証、職人証明書、徒弟契約、工業徒弟熟練労働者の証明書、サービス証明書、OMBI帳、スタンプシート、保険認定予定通知などを、あなたの保有している場合、及び1992年6月30日以後に雇用されている場合には事業主の証明があれば、添付してください。/

Itt kell felsorolni a munkaviszonyokat, az ügyvédként, egyéni vállalkozóként, társas vállalkozóként, őstermelőként, ipari és mezőgazdasági szövetkezeti tagként, mezőgazdasági szövetkezeti tag közös munkában részt vevő családtagjaként, szakszövetkezeti tagként eltöltött időket, valamint mindazokat az időtartamokat, amelyeket szolgálati időként elismerni kér. Amennyiben a feltüntetett adatokat, tényeket bizonyító okiratok, dokumentumok rendelkezésre állnak, azokat az igény elbírálásának meggyorsítása érdekében mellékelheti. Ezek lehetnek például: munkakönyv, társadalombiztosítási igazolvány, cselédkönyv, segédlevél, tanoncszerződés, iparitanuló-időt igazoló okmány, szakmunkás-bizonyítvány, szolgálati bizonyítvány, OMBI könyv, bélyeglap, biztosítási igazolvány, kinevezési irat stb., 1992. 07. 01-jétől munkáltatói igazolás a munkaviszony időtartamáról stb.

² 総合大学又は専門学校の登録簿、就学期間を証明する証書があれば、添付してください。/

A tanulmányi időt bizonyító leckekönyvet vagy egyetemi, főiskolai igazolást az igény elbírálásának meggyorsítása érdekében mellékelheti.

³ 兵役証明書及び防衛省中央記録室、リクルートセンター、MIOKI が発行した証明書が、証拠として認められる書類です。退院カード、兵士の給与簿、軍事キャンプからののがき、監禁された証明書又は請求者によって見つけた目撃者の一部の信頼性の高い証言を証拠として提供されるのであれば、兵役資格として認定されることになります。/

Okmányként kell elfogadni a Katonai Igazolványt, a HM Központi Irattár- a Kiegészítő parancsnokság-, a Magyar Izraeliták Országos Képviselő (MIOKI) által kiadott igazolást. Bizonyítottnak kell tekinteni, ha a szolgálatot leszerelő jegy, zsoldkönyv, tábori levelezőlap, hadifogság-igazolás, vagy az igénylő által felkutatott tanúk hitelt érdemlő nyilatkozata tanúsítja.

情報 / TÁJÉKOZTATÓ

ハンガリー年金の詳細についてご確認したい場合は、私達のウェブサイトをご覧ください。 www.onyf.hu /A magyarországi nyugellátások jogosultsági feltételeiről a www.onyf.hu honlapon található tájékoztatás.

日本の実施機関に、この申請書を提出する方へ / Magyarázat az igénybejelentő lap japán illetékes intézményhez való benyújtásához

¹ 申請者の代理人の方が、ハンガリー法令に基づくこの請求書を日本の実施機関に提出する場合には、申請者の委任状を添付する必要があります。/

Amennyiben a magyar nyugdíj megállapítása iránti igénybejelentő lapot a japán illetékes intézményhez az igénylő meghatalmazottja nyújtja be, akkor a meghatalmazást is csatolni kell.

² 日本の実施機関に対し、この申請書を提出される場合、申請者、申請書に記載された全員、及び代理人にかかる身分を証明する公的書類として、戸籍謄(抄)本の写し及び住民票の写し等を添付願います。/

A japán illetékes intézményhez történő igénybenyújtás esetén kérjük, csatolja az igénylőkre, meghatalmazottjaikra és valamennyi, a nyomtatványban nevezett személyekre vonatkozó személyazonosításra alkalmas hivatalos okmányokat, mint például a személyi igazolvány vagy a születési anyakönyvi kivonat hiteles másolatát, illetve a lakcímkártyát vagy lakcímgazolást.

³ 質問 1.2 及び 2.4 に関して、ハンガリー及び/又は日本法令に基づく老齢年金及び/又は遺族年金について回答して下さい。/ Az igénybejelentő lap 1.3 és 2.5 pontjában az igénylőnek a magyar és/vagy japán nyugellátására vonatkozó adatait kell feltüntetnie.