

合衆国年金の請求申出書  
Temporary Application for U.S. Social Security Benefits

年金事務所等受付印  
又は共済保険者受付印  
Stamp of liaison agency

A. 請求する合衆国年金の種類 / Type of U.S. Social Security Benefits Claimed

<input type="checkbox"/> 退職 / Retirement (家族年金を含む/Family benefits included)	<input type="checkbox"/> 障害 / Disability	<input type="checkbox"/> 遺族 / Survivors (死亡一時金含む/Lump-sum death payment included)
--	--	--

B. 被保険者 (合衆国で就労していた方) / Contributor / Worker

平成 年 月 日 提出

被 保 険 者	①氏 Last name	カタカナ/in Katakana letters ローマ字/in Roman letters	②名 First name	カタカナ/in Katakana letters ローマ字/in Roman letters
	③出生時の氏 Last name at birth	カタカナ/in Katakana letters ローマ字/in Roman letters	④生年月日 Date of birth	年 Y 月 M 日 D
	⑤性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男性/Male <input type="checkbox"/> 女性/Female		
	⑥出生地 Place of birth	ローマ字/in Roman letters	⑦死亡年月日 Date of death	年 Y 月 M 日 D
	⑧合衆国社会保障番号 U.S. Social Security Number (SSN)	⑩共済組合員等の期間 / Coverage under M.A.A. 共済組合等加入時の勤務先の名称 / Name of workplace		
	⑨基礎年金番号 Japanese Basic Pension Number	<input type="checkbox"/> 国共 / National Gov' M.A.A. <input type="checkbox"/> 地共 / Local Gov' M.A.A. <input type="checkbox"/> 私学 / Private School M.A.		
	⑩日本の年金加入期間 Japanese periods of coverage	<input type="checkbox"/> あり/Has <input type="checkbox"/> なし/Does not have		

C. 申請者 / Applicant (被保険者自身の場合は、①, ②, ③, ④ のみ記入してください。)

If the applicant is same as B. above, please fill in only ①, ②, ③ and ④.

申 請 者	①氏 Last name	カタカナ/in Katakana letters ローマ字/in Roman letters	②名 First name	カタカナ/in Katakana letters ローマ字/in Roman letters	⑤ Seal
	③住所 Address	〒 カタカナ/in Katakana letters ローマ字/in Roman letters			
	④電話番号 ※ Telephone number (s)*	自宅 Home telephone ( )-( )-( )	携帯 Cell-phone ( )-( )-( )		
	⑤生年月日 Date of birth	年 Y 月 M 日 D	⑥性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男性/Male <input type="checkbox"/> 女性/Female	
	⑦被保険者との続柄 Relationship to the worker	⑧合衆国社会保障番号 U.S. SSN		/ /	

※ 請求内容を正式に聞き取るため、後日、記載された電話番号に在東京合衆国大使館領事部連邦年金課から連絡があります。  
\*Note: In order to confirm your application, the official in charge at the Federal Benefits Unit of the U.S. Embassy in Tokyo will contact you at your telephone number(s).

D. 配偶者または子 / Spouse or Child

配 偶 者	①氏 Last name	カタカナ/in Katakana letters ローマ字/in Roman letters	②名 First name	カタカナ/in Katakana letters ローマ字/in Roman letters
	③生年月日 Date of birth	年 Y 月 M 日 D	④出生地 Place of birth	ローマ字/in Roman letters
	⑤合衆国社会保障番号 U.S. SSN	/ /		
子	①氏 Last name	カタカナ/in Katakana letters ローマ字/in Roman letters	②名 First name	カタカナ/in Katakana letters ローマ字/in Roman letters
	③生年月日 Date of birth	年 Y 月 M 日 D		

備 考 / Remarks	
---------------	--

## 《合衆国年金の仕組み等について》

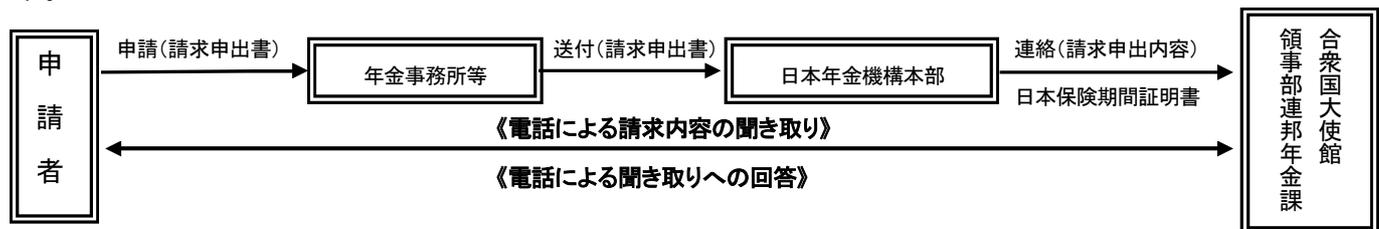
- 合衆国の年金制度の加入期間が1年6か月(6クレジット)以上ある方が、日米両国の年金制度の加入期間を通算して10年以上になる場合は、合衆国の年金制度から退職年金を受けることができます。
- 合衆国の退職年金は、62歳から申請することができますが、満額受給年齢(Full Retirement Age)に達していない場合、月45時間を超える就労をしていないことが条件になります。満額受給年齢は生まれた年によって異なります。詳しくは日本年金機構のホームページ(<http://www.nenkin.go.jp>)をご参照ください。)
- 通算による合衆国年金の申請は、年金事務所や年金相談センターの窓口で行うことができます。(共済組合員等期間がある方は、各共済組合の窓口でも行うことができます。)
- 合衆国の退職年金の請求は、受給開始年齢到達月の3か月前の初日から行うことができます。
- 満額受給年齢を超えている方が退職／遺族年金の申請をした場合、申請日から最高6か月間(障害年金の場合は最高12か月間)まで遡って受給することができますが、満額受給年齢未満の方の場合、申請日から遡っての受給はできませんのでご注意ください。

## 《この申出書を提出するに当たって》

この申出書は、あなたの合衆国年金の請求申出内容を、合衆国大使館領事部連邦年金課あて連絡するためのものです。後日、記載いただいた電話番号に、正式な合衆国年金請求内容の聞き取りのため、合衆国大使館領事部連邦年金課の日本語を話せる職員から、照会があります。(申請者の方へ：申請書の提出から聞き取りが行われるまで合衆国の事情により6か月程度を要する場合がありますのでご注意ください。)

請求申出に際しては、請求申出書の記入内容、添付書類及び日本保険期間証明書(日本年金機構本部で作成)が、合衆国大使館領事部連邦年金課に送付されます。

合衆国年金請求に関してのお問い合わせは合衆国大使館領事部連邦年金課(電話番号 03-3224-5000 で年金課と申し出てください。音声回答の場合は氏名・電話番号を録音していただければ折り返し電話されます。)に行うことができます。



## 《記入上の注意》

- ・「氏名」及び「住所」は、カタカナ及びローマ字ブロック体で正確に記入してください。
- ・「生年月日」は、西暦で記入してください。
- ・「性別」は、該当する欄に☑印をつけてください。
- ・「合衆国社会保障番号」は、9ケタの数字を記入してください。
- ・「基礎年金番号」は、10ケタの数字を記入してください。
- ・「出生地」については、合衆国社会保障番号がわからないときに、国名及び県名又は州名まで記入してください。

### 【A欄について】

- ・今回請求する合衆国年金の種類に☑印をつけてください。なお、死亡一時金の請求の場合は、遺族年金の欄に☑印をつけてください。

### 【B欄について】

- ・⑨については、記入していただいた番号に基づいて、日本年金機構本部において日本保険期間証明書の作成をいたします。不明の場合には、作成することができない場合がありますので、必ず記入してください。
- ・⑩については、日本の年金加入期間の有無について、該当する欄に☑印をつけてください。
- ・⑪については、共済組合員等の期間がある方は、該当する共済組合制度(国家公務員共済組合法(国共)、地方公務員等共済組合法(地共)、または、私立学校教職員共済法(私学))に☑印をつけて、当該勤務先の名称を記入してください。

### 【C欄について】

- ・押印は、申請者が自ら署名する場合には不要です。
- ・申請者が被保険者自身の場合は、①氏、②名、③住所、④電話番号に記入してください。(⑤～⑧の記入は不要です。)

### 【D欄について】

- ・子については、未婚であり、かつ18歳未満の子または22歳前に障害の状態になった子について記入してください。
- ・子が2人以上いる場合は「備考」欄に記入するか、別紙を添付して記入してください。

### 【必要な添付書類】

- ・被保険者に配偶者や子がいる場合は、全員の生年月日が確認できる戸籍謄本(遺族年金の場合は死亡日が確認できることが必要です)。被保険者のみの場合は戸籍抄本又はパスポートの写し。
- ・年金手帳又は年金証書の写し。
- ・共済組合員等の期間がある場合は、加入者番号を確認することができるもの(組合員証等)の写し。
- ・被保険者及び配偶者の合衆国社会保障番号を確認することができるもの(Social Security Card: ソーシャルセキュリティカード等)の写しをお持ちの場合は添付してください。