

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

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	
	⑥ 出生地 Place of birth	ローマ字 / in Roman letters	⑤ 性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男性 / Male <input type="checkbox"/> 女性 / Female	
	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)		
	⑨ 基礎年金番号 Japanese Basic Pension Number	-	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		
	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		<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.	

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	
	③ 住所 Address	カタカナ / in Katakana letters 〒 ローマ字 / in Roman letters			
	④ 連絡先 Contact information	電話番号※ Telephone number*	() - () - ()		
		Eメールアドレス E-mail address	@		
	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	/ /	

※ 平日の日中に連絡を取りやすい電話番号の記入をお願いします。

*Note: Please fill in the contact information that can be reached during the day on weekdays.

D. 配偶者又は子 / 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》

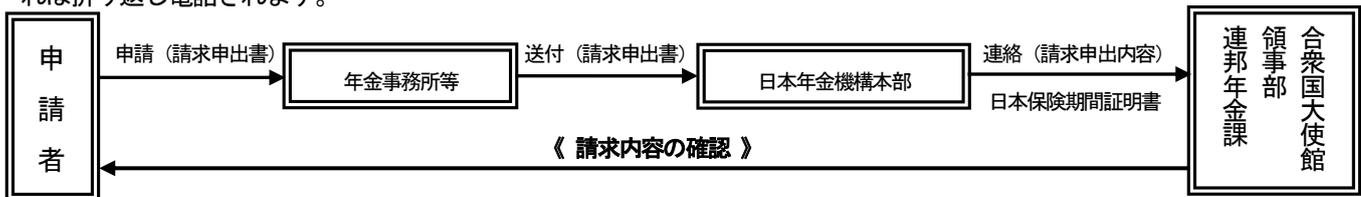
- 合衆国の年金制度の加入期間が1年6か月（6クレジット）以上ある方が、日米両国の年金制度の加入期間を通算して10年（40クレジット）以上になる場合は、合衆国の年金制度から退職年金を受けることができます。
- 合衆国の退職年金の満額受給年齢（Full Retirement Age）は、65歳から67歳までの間で生まれた年によって異なります。受給開始は最大62歳まで繰り上げることが可能ですが、その場合は月45時間を超える就労をしていないことが条件になります。
詳しくは、日本年金機構のホームページ (<https://www.nenkin.go.jp>) をご参照ください。
- 通算による合衆国年金の申請は、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、申請日から最長6か月間（障害年金の場合は最長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にて連絡するためのものです。後日、記載いただいた連絡先に、正式な合衆国年金請求内容の確認のため、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。（申請書の提出から確認が行われるまで、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、添付書類およ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のオンラインフォーム (<https://jp.usembassy.gov/ja/services-ja/fbu-inquiry-form-ja/>) からお問い合わせください。電話によるお問い合わせは、03-3224-5000で「連邦年金課」までお願いいたします。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。



《記入上の注意》

- ・「氏名」および「住所」は、カタカナおよ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、国名およ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）又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】

- ・申請者が被保険者自身の場合は、①氏、②名、③住所および④連絡先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歳未満の子又は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。（配偶者がいる場合は婚姻日（元配偶者の場合は離婚日も）が確認できること、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。
- ・基礎年金番号通知書（年金手帳含む）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。
- ・被保険者およ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）をお持ちの場合は写しを添付してください。