

SSA-10 APPLICATION FOR SOCIAL SECURITY BENEFITS 記入要領

本記入要領を参考に該当の項目をご記入のうえ、最寄りの年金事務所に「合衆国年金の請求申出書」と共に署名済みの「SSA-10」をご提出ください。本要領では、各記入項目について順を追って説明しており、記入例や注意点も掲載していますので、申請の際にご活用ください。

記入にあたっての注意事項

- 本記入要領は SSA-10 (10-2023) をベースに説明しております。黒のボールペンで記入するか、オンラインで作成してください (<https://www.ssa.gov/forms/ssa-10.pdf>)。
- 記入（入力）内容に誤りがある場合は二重線で訂正し、二重線の近くにお名前のイニシャル 2 文字を記入してください。
- 記入方法についてのお問い合わせはお控えください。不明な箇所は、空欄のまま、又は「？」を記入し、ご提出ください。不備等がある場合は、大使館年金課より電話にて確認させていただきますのでご安心ください。
- 申請書には、必ず手書きで署名をしてください（アルファベット、漢字、ひらがな、カタカナ、いずれも可）。

遺族年金の申請書は全 8 ページで構成されています。

The image shows a portion of the SSA-10 application form. The top section includes the title 'SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION' and 'Form SSA-10 (10-2023) LUF'. Below this is the 'APPLICATION FOR SOCIAL SECURITY BENEFITS' section, which contains instructions for applicants. The 'PART I - INFORMATION ABOUT THE DECEASED' section is also visible, with fields for the deceased's name, date of birth, date of death, and place of death. There are checkboxes for 'Was the deceased unable to work because of illness, injuries or conditions at the time of death?' and 'Enter the date the deceased became unable to work.' The form is numbered 'Page 1 of 8' and 'Form Approved OMB No. 0950-0004'.

- 1 ページ目から 6 ページ目：申請書本体です。
- 7 ページ目：申請書類を受領後、SSA より郵送される「受領証明書」に関する案内とプライバシー法に関する声明書です。この証明書は、8 ページ目のような様式またはコンピュータで印刷された様式で発行されます。プライバシー法に関する声明書は個人情報の収集と使用について書かれています。
- 8 ページ目：年金受給開始後に SSA へ届け出が必要な事項について説明されています。記載内容をよくご確認の上、該当する事項が発生した場合は速やかに SSA（日本在住の場合は米国大使館領事部年金課）へ届け出を行ってください。

SSA-10 APPLICATION FOR SOCIAL SECURITY BENEFITS 記入要領

SOCIAL SECURITY
Form SSA-10 (10-
Discontinue Prior 8

With this applicatio
Title II (Federal Old
Insurance for the A
information you fur
lump-sum death pa
death, you only ne
form.*This may als
Act and for Vetera
13 (which is, as such, an application for other types of death benefits under title 38).

【1. 被保険者について】

- (a) 被保険者（米国で就労していた方）の名前を記入（例：TARO YAMADA）
- (b) 被保険者のSSNを記入（例：123-45-6789）

【2. 申請者について】

- (a) 申請者の名前を記入（例：HANAKO YAMADA）
- (b) 申請者のSSNを記入（例：987-65-4321）
- (c) 申請者の出生時の名前が「2(a)」と異なる場合に記入。（例：HANAKO SUZUKI）

💡 申請者がSSN（ソーシャルセキュリティ番号）を持っていない場合、(b) 欄は空欄のままにします。

1(a) PRINT name of deceased wage earner or self-employed person (herein referred to as the "deceased")	FIRST NAME, MIDDLE INITIAL, LAST NAME
(b) Enter deceased's Social Security Number	
2(a) PRINT your name	FIRST NAME, MIDDLE INITIAL, LAST NAME
(b) Enter your Social Security Number	
(c) Enter your name at birth if different from item 2(a)	FIRST NAME, MIDDLE INITIAL, LAST NAME

PART I - INFORMATION ABOUT THE DECEASED

3. Enter date of birth of deceased	MONTH, DAY, YEAR
4(a) Enter date of death	MONTH, DAY, YEAR
(b) Enter place of death	CITY AND STATE
5. Enter name of the State or foreign country where the deceased had a fixed, permanent home at the time of death.	
Answer Item 6 Only if the Deceased Died Prior to Full Retirement Age or Prior to 1 Year Past Full Retirement Within the Past 4 Months.	
6(a) Was the deceased unable to work because of illnesses, injuries or conditions at the time of death?	<input type="checkbox"/> Yes (If "Yes," answer (b).) <input type="checkbox"/> No (If "No," to item 6(b).)
(b) Enter the date the deceased became unable to work.	MONTH, DAY, YEAR

【3. 被保険者の生年月日】

被保険者（米国で就労していた方）の生年月日を記入

- 例：05/31/1958

【4. 被保険者の死亡日と死亡地】

(a) 被保険者の死亡日を記入

- 例：07/15/2023

(b) 被保険者が死亡した都市名と州名または都道府県名と国名を記入

- 例：Tokyo, Japan

【5. 被保険者の定住地】 被保険者が死亡した時点で定住していた州名または国名を記入

💡 被保険者が①満額受給開始年齢前、または②満額受給開始年齢を過ぎてから1年以内に亡くなった場合で、かつその死亡日が過去4カ月以内である時のみ、6番に回答します。

【6. 被保険者の就労能力について】 被保険者が死亡時点で、病気・けが・その他の健康状態が原因で働くことができない状態だった場合は「Yes」にチェックし、(b)へ。そうでない場合は「No」にチェックし、7番へ。(b) には、働けなくなった年月日を記入。（例：01/20/2022）

SSA-10 APPLICATION FOR SOCIAL SECURITY BENEFITS 記入要領

Form SSA-10
INFORM (a) Ent Spouse's N

【14 (a). あなたと被保険者との結婚について】

被保険者の「氏名（含旧姓）・戸籍上の婚姻日・婚姻届を出した場所・婚姻関係が終了した理由・終了した年月日・届けを出した場所・婚姻の方式・生年月日・SSN・亡くなった年月日」を記入し、14(b)へ。

💡【注意】婚姻日は式を挙げた日ではなく、戸籍上の婚姻日を記入します。

【14 (b). あなたの再婚について】

14(a)に記した被保険者との離婚または死別後、あなたが再婚した場合は、再婚相手の「氏名（含旧姓）・戸籍上の婚姻日・婚姻届を出した場所・婚姻関係が終了した理由・終了した年月日・届けを出した場所・場所・婚姻の方式・生年月日・SSN・再婚相手が死亡している場合は死亡日」などを記入。再婚したことがなければ「None」と記入。

Marriage performed by <input type="checkbox"/> Clergyman or public official <input type="checkbox"/> Other (Explain in Remarks)	Spouse's date of birth (or age)
Spouse's Social Security Number (If none or unknown, so indicate)	
(b) If you remarried after the marriage shown in 14.(a), enter information about the last marriage	
Spouse's Name (including maiden name) None	When (Month, Day, and Year)
How Marriage Ended	When (Month, Day, and Year)
Marriage performed by <input type="checkbox"/> Clergyman or public official <input type="checkbox"/> Other (Explain in Remarks)	Spouse's date of birth (or age)
Spouse's Social Security Number (If none or unknown, so indicate)	
(c) Enter information about any other marriage you may have had that lasted at least 10 years (see consecutive multiple marriages to the same individual) or ended due to death of the spouse (who married the deceased). (If none, write "NONE".)	
Spouse's Name (including maiden name) None	When (Month, Day, and Year)
How Marriage Ended	When (Month, Day, and Year)
Marriage performed by <input type="checkbox"/> Clergyman or public official <input type="checkbox"/> Other (Explain in Remarks)	Spouse's date of birth (or age)
Spouse's Social Security Number (If none or unknown, so indicate)	

【14 (c). 婚姻歴について】

過去の結婚について、以下のいずれかに該当する場合は、その婚姻相手の「氏名（含旧姓）・戸籍上の婚姻日・婚姻届を出した場所・婚姻関係が終了した理由・終了した年月日・届けを出した場所・婚姻の方式・生年月日・SSN・結婚相手がお亡くなりになっている場合は死亡日」などの情報を記入。該当する婚姻歴がない場合は「None」と記入。

- 10年以上続いた結婚歴がある場合
- 配偶者の死亡によって終了した結婚歴がある場合（婚姻期間は不問）
- 離婚後、同じ相手と翌年中に再婚し、通算の婚姻期間が10年以上となった場合

💡【注意】14(a)および14(b)で記入した婚姻歴以外の婚姻歴を記入。該当する婚姻歴がない場合は「None」と記入。記入しきれない場合は備考欄に追記します。

*USE "REMARKS" SPACE ON BACK PAGE FOR INFORMATION ABOUT ANY OTHER MARRIAGES

IF YOU ARE APPLYING FOR SURVIVING DIVORCED SPOUSE'S BENEFITS, OMIT 15 AND GO TO ITEM 16.

(15) (a) Were you and the deceased living together at the same address when the deceased died? Yes (If "Yes," go to item 16.) No

(b) If either you or the deceased were away from home (whether or not temporarily) when the following: Who was away? Deceased Surviving Spouse

Date last at home: _____ Reason absence began: _____ Reason you were apart at time of death: _____

If separated because of illness, enter nature of illness or disabling condition. _____

💡 離婚した元配偶者として遺族年金を申請する場合、15番には回答はせず、16番に進んでください。

【15 (a). 被保険者の死亡時の同居状況について】

被保険者の死亡時点で、あなたが被保険者と同居していた場合は「Yes」にチェックし、16番へ。同居していなかった場合は、「No」にチェックし、15(b)へ。

【15 (b). 被保険者の死亡時の居住および不在状況について】

被保険者の死亡時点で、あなた又は被保険者のいずれかが（一時的であっても）自宅を離れていた場合、次の情報「誰が離れていたのか(Deceased - お亡くなりになった被保険者またはSurviving Spouse - 生存配偶者)、最後に自宅にいた日付、自宅を離れた理由、死亡時に二人が離れていた理由、病気のために離れていた場合は、病気の内容または障害の状態」を記入します。

SSA-10 APPLICATION FOR SOCIAL SECURITY BENEFITS 記入要領

💡 満額受給開始年齢を超えている方は16番への回答はせず、17番に進んでください。通常は「No」にチェックします。

【16. 就労不能の期間について】

(a) あなたが現在または過去14か月の間に、病気・けが・その他の健康状態が原因で働くことができなかったことがある場合は「Yes」にチェックし、(b)へ。無い場合は「No」にチェックし、17番へ。(b)には、働けなくなった年月日を記入。

・ 例：01/20/2024

Form SSA-10 (10-2023) UF Page 4 of 8

DO NOT ANSWER QUESTION 16 IF YOU ARE FULL RETIREMENT AGE OR OLDER. GO ON TO QUESTION 17.

16. (a) Are you, or during the past 14 months have you been, unable to work because of illnesses, injuries or conditions?	<input type="checkbox"/> Yes (If "Yes," answer (b).)	<input type="checkbox"/> No
(b) Enter the date you became unable to work.	(Month, day, year)	

17. Did you or the deceased work in the railroad industry for 5 years or more?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
--	------------------------------	-----------------------------

18. (a) Did you or the deceased have Social Security credits (for example, based on work or residence) under another country's Social Security System?	<input type="checkbox"/> Yes (If "Yes," answer (b).)	<input type="checkbox"/> No
--	--	-----------------------------

(b) If "Yes," list the country(ies)

(c) Are you filing for foreign Social Security benefits?

19. (a) Have you qualified for, or do you expect to qualify for, a pension or annuity (or a lump sum in place of a pension or annuity) based on your own employment and earnings for the Federal Government of the United States, or one of its States or local subdivisions that was not covered under Social Security? (Social Security benefits are not government pensions.)	<input type="checkbox"/> Yes (If "Yes," check which of the items in item (b) applies to you.)	<input type="checkbox"/> No
--	---	-----------------------------

- (b)
- I receive a government pension or annuity.
 - I received a lump sum in place of a government pension or annuity.
 - I applied for and am awaiting a decision on my pension or lump sum.

I have not applied for but I expect to be receiving my pension or annuity:

(Month, day, year)

(If the date is not known, enter "Unknown")

【17. 鉄道業界での勤務について】

あなた、または被保険者が米国の鉄道業界で5年以上働いたことがある場合は、「Yes」にチェックし、無い場合は「No」にチェックします。

💡【解説】鉄道業界には独自の年金制度があり、社会保障制度と一部連携しているため、該当する場合は確認が必要です。

【18. 米国以外の社会保障制度への加入歴について】

(a) あなた（もしくは被保険者）が、米国以外の国の社会保障制度に加入していた期間（仕事、居住等に基づくもの）がある場合は、「Yes」にチェックし、(b)と(c)へ。無い場合は「No」にチェックし、19番へ。

(b) 該当国を記入（例：Japan）

(c) 原則「No」にチェックします。

💡【解説】通常、(c)の項目は「No」にチェックします。この質問は、米国内において、社会保障協定国の年金をSSA（米国社会保障庁）を通じて請求するかどうかを確認するためのものです。

If this contact

COMP

Medicare
Medicaid
If you
your
inter
Person
pay yo

💡 通常、(a)の項目は「No」にチェックします。この質問は、米国の連邦または州政府で働きSSA以外の年金を受け取っている、または受け取る予定がある方のみ「Yes」にチェックします。

【19. ソーシャル・セキュリティ以外の年金に関する情報】

(a) 原則「No」にチェックし、20番へ。

(b) 項目(a)が「Yes」の場合のみ、該当する項目にチェックをいれます。

You can also enroll in a Medicare prescription drug plan (Part D). To learn more about the Medicare prescription drug when you can enroll visit www.medicare.gov or call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048). We can tell you about agencies in your area that can help you choose your prescription drug coverage. The amount of varies based on the prescription drug plan provider. The amount you pay for Part D coverage may be higher than the premium, based on information about your income we receive from the Internal Revenue Service.

If you have limited income and resources, we encourage you to apply for the Extra Help that is available to assist you with Medicare prescription drug costs. The Extra Help can pay the monthly premiums, annual deductibles and prescription payments. To learn more or apply, please visit www.ssa.gov, call 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) or visit the Social Security office.

20. Do

【20. アメリカの医療保険について】

有料の医療保険に加入を希望する方は「Yes」にチェック、希望しない場合は「No」にチェックし、21番へ。

💡【解説】20番は3カ月以内に65歳に到達するまたは既に達している方のみご回答ください。米国の社会保障加入歴が10年以上の方については65歳からメディケア・パートBの加入が可能となりますが、原則日本では使えません。また、加入した場合は月額保険料が月々の年金より自動的に徴収されます。

SSA-10 APPLICATION FOR SOCIAL SECURITY BENEFITS 記入要領

【21-24. 収入について】米国外で働いている場合は、原則空欄にし25番へ。

💡【解説】米国家金の繰り上げ受給（満額受給開始年齢に達する前に受け取り開始）を希望し、かつ受給開始時点（過去に遡って受給する場合も含む）で就労している場合は、就労状況に関する追加の確認が必要です。後日、米国大使館年金課の担当者よりヒアリングのためご連絡を差し上げます。順番にご案内しますので連絡があるまでお待ちください。

Form SSA-10 (10-2023) UF

Page 5 of 8

ANSWER ITEM 21 ONLY IF THE DECEASED DIED BEFORE THIS YEAR.

21(a) How much were your total earnings last year? \$ _____

(b) Place an "X" in each block for each month of last year in which you did not earn more than "\$ _____" in wages, and did not perform substantial services in self-employment. These months are exempt months. If no months were exempt months, place an "X" in "NONE." If all months were exempt months, place an "X" in "ALL."

NONE <input type="checkbox"/>		ALL <input type="checkbox"/>	
Jan. <input type="checkbox"/>	Feb. <input type="checkbox"/>	Mar. <input type="checkbox"/>	Apr. <input type="checkbox"/>
May <input type="checkbox"/>	Jun. <input type="checkbox"/>	Jul. <input type="checkbox"/>	Aug. <input type="checkbox"/>
Sept. <input type="checkbox"/>	Oct. <input type="checkbox"/>	Nov. <input type="checkbox"/>	Dec. <input type="checkbox"/>

*Enter the appropriate monthly limit after reading the information, "How Work Affects Your Benefits" (Publication No. 05-10069).

22(a) How much do you expect your total earnings to be this year? \$ _____

(b) Place an "X" in each block for each month of this year in which you did not or will not earn more than "\$ _____" in wages, and did not or will not perform substantial services in self-employment. These months are

NONE <input type="checkbox"/>		ALL <input type="checkbox"/>	
-------------------------------	--	------------------------------	--

💡 あなたが満額受給開始年齢を超えている場合は26番へ。超えていない場合は25番へ。

【25. 受給開始月の選択】受給開始の時期に応じて選択肢にチェックし、(c)を選択した場合は〇年〇月と受給開始月を記入。

💡【解説】受給開始月が満額受給開始年齢より前の場合、繰り上げ受給となり年金額は減額されます。

選択肢	内容	注意点
(a)	最も早くもらいたい	減額されてもよい方。FRA（満額年齢）前に受給すると、年金額が減額されます。
(b)	減額されない範囲で最も早く	FRAに達している、または4ヶ月以内に達する方のみ選べます。満額で受給できます。
(c)	自分で月を指定	月と年を記入（例：12/2025）。指定月と年齢により、減額または満額となります。

25 A

(a) I want benefits beginning with the earliest possible month.

(b) I am full retirement age (or will be within 4 months) and I want benefits beginning with the earliest possible month, providing that there is no permanent reduction in my ongoing monthly benefits.

(c) I want benefits beginning with _____. I understand that either a higher initial payment or a higher continuing monthly benefit amount may be possible, but I choose not to take it.

ANSWER QUESTION 26 ONLY IF YOU ARE NOW AT LEAST AGE 61 YEARS, 8 MONTHS.

26. Do you wish this application to be considered an application for retirement benefits on your own earnings record? Yes No

💡 あなたが現在 61 歳 8 か月以上の場合に限り、26 番に回答します。それ以外の方は備考欄へ進んでください。

【26. 退職年金の申請について】あなたが米国で 1 年半（6 クレジット相当）以上働いた事がなければ、「No」にチェックします。米国で 1 年半以上働き、かつ、この申請を退職年金の申請としても扱って貰いたい場合は、「Yes」にチェックします。

SSA-10 APPLICATION FOR SOCIAL SECURITY BENEFITS 記入要領

【備考欄】以下の内容を追記ください。

- 年金受取口座について – 日本国内で年金を受け取る場合は**円建て普通預金口座のみ**登録が可能です。備考欄に以下の4点を記入。 ※必ず申請者**本人名義**の口座を指定してください。
 - 金融機関名と金融機関コード4桁
 - 支店名と店番号3桁
 - 口座番号7桁または8桁
 - 口座種別（普通口座）

💡【解説】日本国内の外貨建ての口座をご指定いただいても振り込みできません。ドルでの受け取りをご希望の場合は、6ページのDirect Deposit Payment Address欄に米国内で開設した口座情報を記入してください。また、日本国内の口座でも一部の金融機関（ゆうちょ銀行、JAバンクやネット銀行など）では米国年金の受け取りができませんので予めご了承ください。
- 8(a)の質問において「No」と回答した方は、亡くなった被保険者が1978年から昨年までの間に、米国の社会保障税（Social Security Tax）を納めた期間を分かる範囲で記入して下さい。不明な箇所は「？」を記入してください。
被保険者が米国で足掛け4年間社会保障税を納めていた場合の例：04/1996 - 03/1999
- 10(b)及び14(c)に記入しきれなかった婚姻について結婚相手の「氏名（含旧姓）・戸籍上の婚姻日・婚姻届を出した場所・婚姻関係が終了した理由、終了した年月日、届けを出した場所・婚姻の方式・生年月日・SSN・結婚相手がお亡くなりになっている場合は死亡日」を記入してください。
- 11番の質問において「Yes」にチェックした方は、被保険者から扶養を受けていた存命の親（または両親）の「氏名と住所」を記入してください。
- 21-24番の補足情報 – あなたが米国外で働いている場合、原則21番から24番には回答せず、こちらに過去3年間の勤務先名(自営業の場合は業種)と就労期間を記入してください。過去3年間の間に米国外で働いた事がなく、今後も働く予定がない場合は、その旨をこちらに記入してください。
- 米国年金の申請歴について - 以前、米国年金を申請したことがある方は、申請した年月日をわかる範囲で記入。
例：I applied for SSA benefit on 06/15/2020.
- 居住地について – 郵送先住所（6ページに記入）と居住地が異なる場合は、お住まいの住所を記入。
- 代理受取人の事前指定について – 将来的に年金の管理能力がなくなった場合に備え、代理受取人となる候補者を事前に任意で指定することが可能です。指定する場合は、候補者（個人に限ります）の**氏名、電話番号、および関係性（配偶者、親、子等）**を記入。今回、指定しない場合は、下記のように記入。
例：I choose not to make an advance designation of a representative payee at this time.

【米国内のドル預金口座】米国年金をドルで受け取りたい場合は、米国内で開設した口座情報を記入してください。

【署名欄】必ず黒のボールペンで署名（サイン）をしてください（アルファベット、漢字、ひらがな、カタカナいずれも可）。日付欄には署名した日付（例：07/30/2025）、電話番号欄には日中ご連絡がつく電話番号を記入。申請者本人がサインできない場合は、【証人欄】の解説（下記）をご参照ください。

【郵送先住所】郵送先住所と居住地が異なる場合は、実際のお住まいの住所を備考欄に追記してください。

【証人欄】申請者が署名できない場合に使用する欄です。

💡【解説】申請者が署名できない場合は「SSA-10」を使つての請求はできません。最寄りの年金事務所に「合衆国年金の請求申出書」のみご提出ください。後日、連邦年金課の担当者よりヒアリングのため電話いたします。