

# SSA-1-BK APPLICATION FOR RETIREMENT INSURANCE 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-1-BK」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-1-BK (07-2025) 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-1-bk.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）。

退職年金の申請書は全 9 ページで構成されています。

Form SSA-1-BK (07-2025) U.F. Discontinue Prior Editions Social Security Administration		Page 1 of 9 OMB No. 0605-0118
<b>Application for Retirement Insurance Benefits</b> (Do not write in this space)		
I apply for all insurance benefits for which I am eligible under Title II (Federal Old-Age, Survivors, and Disability Insurance) and Part A of Title XVIII (Health Insurance for the Aged and Disabled) of the Social Security Act, as presently amended. <input type="checkbox"/> Supplement: If you have already completed an application entitled "APPLICATION FOR WIFE'S OR HUSBAND'S INSURANCE BENEFITS", you need complete only the circled items. All other applicants must complete the entire form.		
1. PRINT your name	FIRST NAME, MIDDLE INITIAL, LAST NAME	
2. Enter your Social Security number		
Answer question 3 if English is not your language preference. Otherwise, go to item 4.		
3. Enter the language you prefer to: Speak	Write	
4. (a) Enter your date of birth	MM/DD/YYYY	
(b) Enter name of city and state, or foreign country where you were born		
5. (a) Are you a U.S. citizen?	<input type="checkbox"/> Yes (Go to item 7.) <input type="checkbox"/> No (Go to item 6.)	
(b) Are you an alien lawfully present in U.S.?	<input type="checkbox"/> Yes (Go to item 6.) <input type="checkbox"/> No (Go to item 6.)	
(c) When were you lawfully admitted to the U.S.?		
6. Enter your full name at birth if different from item 1.	FIRST NAME, MIDDLE INITIAL, LAST NAME	
7. (a) Have you used any other name(s)?	<input type="checkbox"/> Yes (Go to item 8.) <input type="checkbox"/> No (Go to item 8.)	
(b) Other name(s) used:		
8. (a) Have you used any other Social Security number(s)?	<input type="checkbox"/> Yes (Go to item 8.) <input type="checkbox"/> No (Go to item 8.)	
(b) Enter Social Security number(s) used:		
(Over)		

Form SSA-1-BK (07-2025) U.F. Discontinue Prior Editions Social Security Administration		Page 9 of 9
<b>CHANGES TO BE REPORTED AND HOW TO REPORT</b> Failure to report may result in overpayments that must be repaid, and in possible monetary penalties.		
<ul style="list-style-type: none"><li>• You change your mailing address for checks or residence. (To avoid delay in receipt of checks you should ALSO file a regular change of address notice with your post office.)</li><li>• Your citizenship or immigration status changes.</li><li>• You go outside the U.S.A. for 30 consecutive days or longer.</li><li>• Any beneficiary dies or becomes unable to handle benefits.</li><li>• Work Changes - On your application you told us you expect total earnings for: (Year) You <input type="checkbox"/> (are) <input type="checkbox"/> (are not) earning wages of more than \$_____ a month. You <input type="checkbox"/> (are) <input type="checkbox"/> (are not) self-employed rendering substantial services in your trade or business.</li><li>• (Report AT ONCE if this work pattern changes)</li><li>• You are confined to a jail, prison, penal institution or correctional facility for more than 30 consecutive days for conviction of a crime, or you are confined for more than 30 consecutive days to a public institution by a court order in connection with a crime.</li><li>• You have an unsatisfied warrant for more than 30 consecutive days for your arrest for a crime or attempted crime that is a felony or flight to avoid prosecution or confinement, escape from custody and flight-escape. In most jurisdictions that do not classify crimes as felonies, this applies to a crime that is punishable by death or imprisonment for a term exceeding one year (regardless of the actual sentence imposed).</li><li>• You have an unsatisfied warrant for more than 30 consecutive days for a violation of probation or parole under Federal or State law.</li><li>• You become entitled to a pension, an annuity, or a lump sum payment based on your employment not covered by Social Security, or if such pension or annuity stops.</li><li>• Your stepchild is entitled to benefits on your record and you and the stepchild's parent divorce. Stepchild benefits are not payable beginning with the month after the month the divorce becomes final.</li></ul>		
<b>PLEASE READ THE FOLLOWING INFORMATION CAREFULLY BEFORE YOU ANSWER QUESTION 22.</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• If you are under full retirement age, retirement benefits cannot be payable to you for any month before the month in which you file this claim.</li><li>• If you are over full retirement age, retirement benefits may be payable to you for some months before the month in which you file this claim.</li><li>• If your first month of entitlement is prior to full retirement age, your benefit rate will be reduced. However, if you do not actually receive your full benefit amount for one or more months before full retirement age because benefits are withheld due to your earnings, your benefit will be increased at full retirement age to give credit for this withholding. Thus, your benefit amount at full retirement age will be reduced only if you receive one or more full benefit payments prior to the month you attain full retirement age.</li><li>• Delayed retirement credits may be added to your benefits if you request them to start when you are full retirement age or older.</li><li>• Please visit our <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> web site to sign into your "my Social Security" account to get a personal estimate of how much your benefits will be at different ages. In addition, our web site provides information about other things you should think about when you make your decision about when to begin your benefits.</li></ul>		

- 1 ページ目から 7 ページ目：申請書本体です。
- 8 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。
- 9 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-1-BK APPLICATION FOR RETIREMENT INSURANCE BENEFITS 記入要領

Form SSA-1-BK (1-2019)  
Discontinue Prior to Social Security Act  
APPLICANT

I apply for all insurance and Disability Insurance of the Social Security Act.

☐ Supplement. If you have already completed an application entitled "APPLICATION FOR WIFE'S OR HUSBAND'S INSURANCE BENEFITS", you need complete only the circled items. All other claimants must complete the entire form.

1. PRINT your name	FIRST NAME, MIDDLE INITIAL, LAST NAME <b>TARO YAMADA</b>
2. Enter your Social Security number	<b>123-45-6789</b>
Answer question 3 if English is not your language preference. Otherwise, go to item 4.	
3. Enter the language you prefer to: Speak	Write <b>Japanese</b>
4. (a) Enter your date of birth	MONTH, DAY, YEAR <b>05/31/1958</b>
(b) Enter name of city and state, or foreign country where you were born.	<b>Tokyo, Japan</b>
5. (a) Are you a U.S. citizen?	<input type="checkbox"/> Yes (Go to item 7.) <input type="checkbox"/> No (Go to item 6.)
(b) Are you an alien lawfully present in U.S.?	<input type="checkbox"/> Yes (Go to item (c)) <input type="checkbox"/> No (Go to item 6.)
(c) When were you lawfully admitted to the U.S.?	
6. Enter your full name at birth if different from item 1.	FIRST NAME, MIDDLE INITIAL, LAST NAME <b>TARO YAMADA</b>
7. (a) Have you used any other name(s)?	<input type="checkbox"/> Yes (Go to item (b).) <input type="checkbox"/> No (Go to item 8.)
(b) Other name(s) used.	
8. (a) Have you used any other Social Security number(s)?	<input type="checkbox"/> Yes (Go to item (b).) <input type="checkbox"/> No (Go to item 9.)
(b) Enter Social Security number(s) used.	

【1. 名前】パスポートやSSNカードに記載の現在の名前を記入（例：TARO YAMADA）

【2. SSN】被保険者（米国で就労していた方）のSSNを記入（例：123-45-6789）

【6. 出生時の名前】1番と異なる場合に記入。変わりがなければ空欄のまま。

【7. 別の名前の使用について】(a) 結婚前の姓（旧姓）や養子縁組などで、現在と異なる名前を使ったことがあれば「Yes」にチェックし、(b)欄に名前を記入。（例：TARO SUZUKI）

【8. 別のSSNの使用について】(a) 他人の番号を誤って使った経験や複数の番号を使用または付与されたことがある場合は「Yes」にチェックし、(b)へ。複数の番号を使用または付与されたことがない場合は「No」にチェックし、9番へ。

💡 (b) には、使ったことのあるソーシャルセキュリティ番号を全て記入します。

## 【3. 言語選択】

話す・書く際に希望する英語以外の言語を記入。

英語希望の場合は空欄のまま。

- 日本語を希望する場合の記入例：「Japanese」

## 【4. 生年月日と出生地】

(a) 生年月日を記入

- 例：05/31/1958

(b)出生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

💡 出身地や本籍地ではなく、戸籍謄本に記載されている出生地を記入します。

## 【5. 米国における法的な在留資格（国籍、永住権、市民権など）】

(a) 米国籍の方は「Yes」にチェックし、7番の質問へ。その他の方は「No」にチェックし (b) へ。

(b) 現在、米国に合法的に滞在している場合は「Yes」にチェック（永住権などの証明書の提出が必要）し、(c)へ。その他の方は「No」にチェックし6番の質問へ。

💡 一時的に日本に滞在していても、有効な永住権（グリーンカード）をお持ちであれば「Yes」にチェックします。

(c) 米国に合法的に入国した日付を記入。

# SSA-1-BK APPLICATION FOR RETIREMENT INSURANCE BENEFITS 記入要領

Form SSA-1-BK

【9. 就労不能の期間について】※満額受給年齢を1年以上超えている方は、9番への回答はせず、10番に進んでください。通常は「No」にチェックします。

(a) 現在または過去14カ月の間に、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、10番へ。

(b) には、働けなくなった年月日を記入。（例：01/20/2024）

💡【解説】通常は「No」にチェックします。「Yes」の場合は障害年金の受給資格がある場合があります。別途、担当者より詳細について後日ヒアリングがございます。

Do not answer question 9 if you are one year past full retirement age or older; go to question 10.

9. (a) Are you, or during the past 14 months have you been, unable to work because of illnesses, injuries or conditions? ☐

(b) If "Yes", enter the date you became unable to work.

10. Did you or your spouse (or prior spouse) work in the railroad industry for 5 years or more? ☐

11. (a) Do you (or your spouse) have Social Security credits (for example based on work or residence) under another country's Social Security system? ☒

(b) List the country(ies):

(c) Are you (or your spouse) filing for foreign Social Security benefits? ☐

12. Have you been married? ☐

13. (a) Give the following information about your current marriage. If not current, go on to item 13(b).

Spouse's name (including maiden name)	When (MM/DD/YYYY)
How marriage ended (If still in effect, write "Not Ended.")	When (MM/DD/YYYY)
Marriage performed by:	Spouse's date of birth (or age)
<input type="checkbox"/> Clergyman or public official	
<input type="checkbox"/> Other (Explain in "Remarks")	
Spouse's Social Security number (If none or unknown, so indicate)	

(b) Enter information about any other marriage if you:

- Had a marriage that lasted at least 10 years; or
- Had a marriage that ended due to death of your spouse, regardless of how long it lasted; or
- Were divorced, remarried the same individual within the year immediately following the divorce, or remarried the same individual within the combined period of marriage totaled 10 years or more.

Use the "Remarks" space to enter the additional marriage information. If none, write "None." Go on to item 13(c) if you have no other marriages.

【10. 鉄道業界での勤務について】

あなた、または配偶者（または元配偶者）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。

【11. 米国以外の社会保障制度への加入歴について】

(a) あなた（もしくは配偶者）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、12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。

【12. 婚姻について】結婚歴がある場合は、「Yes」にチェックし、13番へ。無い場合は「No」にチェックし、14番へ。

【13 (a). 配偶者について】現在の配偶者の「氏名・生年月日・社会保障番号（SSN）・戸籍上の婚姻日・婚姻届を出した場所・婚姻の方式」などを記入。現在独身の場合は「None」と記入し、(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。現在別居・離婚手続き中であっても「結婚状態」であれば記入が必要です。配偶者がSSNを持っていない場合は「None」と記入し、不明な場合は「unknown」と記入します。

【13 (b). 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・生年月日・社会保障番号（SSN）・婚姻日・婚姻届を出した場所・婚姻の方式」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】婚姻歴に関する追加の情報がある場合は6ページの備考欄に記入します。

# SSA-1-BK APPLICATION FOR RETIREMENT INSURANCE BENEFITS 記入要領

【13 (c). 婚姻歴について】 以下に当てはまる婚姻があった場合は、その婚姻相手に関する情報「氏名・生年月日・社会保障番号（SSN）・婚姻日・届けを出した場所・婚姻の方式」を記入。ない場合は「None」と記入。

- 16歳未満の子供、または障がいのある子供（22歳前に障がいの状態になった16歳以上の子供）がいる
- その子供の父親（または母親）との婚姻関係は離婚によって終了している
- 子供の父親（または母親）はすでに亡くなっている
- 子供の父親（または母親）との婚姻期間が10年未満であった

Form SSA-1-BK (07-2025) UF

Page 3 of 9

13. (c) Enter information about any marriage if you:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Have a child(ren) who is under age 16 or disabled or handicapped (age 16 or over and disability began before age 22); and</li> <li>• Were married for less than 10 years to the child's mother or father, who is now deceased; and</li> <li>• The marriage ended in divorce. If none, write "None."</li> </ul>		
To whom married	When (MM/DD/YYYY)	Where (Name of City and State)
How marriage ended	When (MM/DD/YYYY)	Where (Name of City and State)
Marriage performed by:	Spouse's date of birth (or age)	If spouse deceased, give date of death
<input type="checkbox"/> Clergyman or public official <input type="checkbox"/> Other (Explain in "Remarks")		
Spouse's Social Security number (If none or unknown, so indicate)		

Use the 'Remarks' space on page 6 for marriage continuation or explanation.

If your claim for retirement benefits is approved, your children (including adopted children and stepchildren) or dependent grandchildren (including step grandchildren) may be eligible for benefits based on your earnings record.

14. List below FULL NAME OF ALL your children (including adopted children, and stepchildren) or dependent grandchildren (including step grandchildren) who are now or were in the past 6 months UNMARRIED and:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• UNDER AGE 18</li> <li>• AGE 18 TO 19 AND ATTENDING SECONDARY SCHOOL OR ELEMENTARY SCHOOL FULL-TIME</li> <li>• DISABLED OR HANDICAPPED (age 18 or over and disability began before age 22)</li> </ul>	
Also list any student who is between the ages of 18 to 23 if such student was both: 1. Previously entitled to Social Security benefits on any Social Security record for August 1981; and 2. In full-time attendance at a post-secondary school.	
(IF THERE ARE NO SUCH CHILDREN, WRITE "NONE" BELOW AND GO ON TO ITEM 15.)	
15. (a) Did you have wages or self-employment income covered under Social Security in all years from 1978 through last year?	<input type="checkbox"/> Yes (If "Yes," go to item 16.)
	<input checked="" type="checkbox"/> No (If "No," answer item (b).)
(b) List the years from 1978 through last year in which you did not have wages or self-employment income covered under Social Security.	See Remarks

(Turn to Page 4)

【14. 子供について】 18歳未満／18～19歳でフルタイムの高校生／22歳前に障がいの状態になった子の情報を記入。該当する子供がない場合は「None」と記入し、15番の質問へ。

💡【よくある誤記】 結婚している子供は対象外です。

【15. 米国社会保障（Social Security）の加入履歴】 (a) 原則として「No」にチェックし、(b)には「See Remarks」と記入し、詳細を6ページの備考欄に記入してから16番へ。もし、1978年から昨年までのすべての年において、米国社会保障（Social Security）の対象となる給与または自営業収入があった場合は、「Yes」にチェックし、そのまま16番へ。



# SSA-1-BK APPLICATION FOR RETIREMENT INSURANCE BENEFITS 記入要領

Form SSA-1-BK (07-2025) UF

16. Enter below the names and addresses of all the persons, companies, or government agencies for whom you worked during this year, last year, and the year before last. IF NONE, WRITE "NONE" BELOW AND GO ON TO ITEM 17.		
NAME AND ADDRESS OF EMPLOYER (If you had more than one employer, please list them in order beginning with your last (most recent) employer.)		Work Began Month Year
(If you need more space, use "Remarks".)		
17. THIS ITEM MUST BE COMPLETED, EVEN IF YOU ARE AN EMPLOYEE.		
(a) Were you self-employed this year and/or last year?		<input type="checkbox"/> Yes (If "Yes" answer)
(b) Check the year or years in which you were self-employed	In what kind of trade or business were you self-employed? (For example, storekeeper, farmer, physician)	Were you a sole proprietor or partner? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> This Year		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Last Year		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
18. (a) How much were your total earnings last year? Amount \$		
(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"/>
*Enter the appropriate monthly limit after reading the instructions, "How Work Affects Your Benefits".		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"/>
19. (a) How much do you expect your total earnings to be this year? Amount \$		
(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 exempt months. If no months are or will be exempt months, place an "X" in "NONE". If all months are or will be exempt months, place an "X" in "ALL".		NONE <input type="checkbox"/> ALL <input type="checkbox"/>
*Enter the appropriate monthly limit after reading the instructions, "How Work Affects Your Benefits".		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"/>
Answer this item ONLY if you are now in the last 4 months of your taxable year (Sept., Oct., Nov., and Dec., if your taxable year is a calendar year).		
20. (a) How much do you expect to earn next year? Amount \$		
(b) Place an "X" in each block for EACH MONTH of next year in which you do not expect to earn more than \$ in wages, and do not expect to perform substantial services in self-employment. These months will be exempt months. If no months are expected to be exempt months, place an "X" in "NONE". If all months are expected to be 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"/>

【16. 勤務先名称と所在地】今年を含む過去3年間の勤務先を、直近のものから順に記入。過去3年間に仕事をしていない場合は「None」と記入し、17番へ。

💡【注意】満額受給開始年齢未満で就労している場合、年金の一部または全額が支給停止となることがあります。

## 【17. 自営業について】

被雇用者の方も必ず記入が必要です。

(a) 今年または昨年自営業をしていた場合は、「Yes」にチェックし、(b)へ。自営業をしていない場合は「No」にチェックし、18番へ。

(b) 自営業をしていた年にチェックを入れ、その際に従事していた業種（店舗経営、農業、医者など）を記入。また、その取引または事業による純所得が400ドル以上の場合は「Yes」に、400ドル未満は「No」にチェック。

【18-21. 所得】米国外で働いている場合、原則Foreign Work Testが適用されるため空欄にし22番へ。

💡【解説】Foreign Work Testは働いた時間に基づいて判定されます。そのため、米国年金の繰り上げ受給（満額受給開始年齢 [Full Retirement Age] に達する前に受け取り）を希望し、かつ受給開始予定時（過去に遡って受給する場合も含む）に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、連邦年金課の担当者よりヒアリングのため電話インタビューがございます。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。

SSA-1-BK APPLICATION FOR RETIREMENT INSURANCE BENEFITS 記入要領

Form S

【18-21. 所得】米国外で働いている場合、原則Foreign Work Testが適用されるため空欄にし22番へ。

💡【解説】 Foreign Work Testは働いた時間に基づいて判定されます。そのため、米国年金の繰り上げ受給（満額支給開始年齢 [Full Retirement Age] に達する前に受け取り）を希望し、かつ受給開始予定時（過去に遡って受給する場合も含む）に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、連邦年金課の担当者よりヒアリングのため電話インタビューがございます。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。

21. If you use a fiscal year, that is, a taxable year that does not end December 31 (with income tax return due April 15), enter here the month your fiscal year ends. (Month)

DO NOT ANSWER ITEM 22 IF YOU ARE FULL RETIREMENT AGE AND 6 MONTHS OR OLDER. YOU MAY HAVE MORE FILING OPTIONS; A SOCIAL SECURITY REPRESENTATIVE WILL CONTACT YOU TO DISCUSS ADDITIONAL INFORMATION THAT MAY HELP YOU DECIDE WHEN TO START YOUR BENEFIT. GO TO ITEM 23.

PLEASE READ CAREFULLY THE INFORMATION ON THE BOTTOM OF PAGE 9 AND ANSWER ONE OF THE FOLLOWING ITEMS:

22. (a) ☐ I want benefits beginning with the earliest possible month, and will accept an age-related reduction.  
(b) ☐ I am full retirement age (or will be within 12 months), and want benefits beginning with the earliest possible month providing there is no permanent reduction in my ongoing monthly benefits.  
(c) ☐ I want benefits beginning with

MEDICARE INFORMATION

【22. 受給開始月の選択】受給開始を時期に応じて選択肢にチェックし、(c)を選択した場合は○年○月と受給開始月を記入。

💡【解説】 受給開始を満額受給開始年齢よりも後に遅らせた場合（最大70歳まで繰り下げ可能）は、「Delayed Retirement Credits」が加算され、年金額が増額されます。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12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。

If you are within 2 months of age 65 or older, blind or disabled, do you want to file for Supplemental Security Income?

23. Do you want to enroll in Medicare Part B (Medical insurance)? Yes No

24. If you are within 2 months of age 65 or older, blind or disabled, do you want to file for Supplemental Security Income? Yes No

23. Do you want to enroll in Medicare Part B (Medical insurance)? Yes No

24. If you are within 2 months of age 65 or older, blind or disabled, do you want to file for Supplemental Security Income? Yes No

【23. 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の方は「Yes」にチェック、希望しない場合は「No」にチェックし、備考欄へ。

💡【解説】 23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の保険料が月々の年金より自動的に徴収されます。

【24. 補足的保障所得】日本からの申請はできないため「No」にチェック。

💡【解説】 補足的保障所得(Supplemental Security Income - SSI)は低所得者向けの生活支援給付で米国内でのみ申請が可能です。そのため、必ず「No」にチェックします。

## SSA-1-BK APPLICATION FOR RETIREMENT INSURANCE BENEFITS 記入要領

Form SSA-1-BK (07-2025) UF

Page 6 of 9

REMARKS (You may use this space for any explanations. If you need more space, attach a separate sheet.)

【備考欄】以下の内容を追記ください。

- 15番の質問において「No」と回答した方は、1978年から昨年までの間で、米国の社会保障税の（Social Security Tax）の対象となる就労期間及び勤務先をすべて記入してください。不明な箇所は、「？」を記入してください。

（米国にて足掛け4年間社会保障税を納めていた方の例：Company ABC inc. 04/1996 - 03/1999）

- 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。こちらに右記の4点を記入。
  - 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、7ページのDirect Deposit Payment Information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。

- 米国の軍隊での勤務について - 1967年以前に現役軍務または一部の予備役訓練兵として米国の軍務に従事した方は備考欄にその旨と対象の期間を記入。該当しない方は記載不要です。

例：I worked for U.S. army from 1963 to 1967

💡【解説】軍務に従事した方は給与から社会保障税を納めているため、退役後に社会保障給付の対象となります。特に過去の軍務には「特別加算（特別な記録の上乗せ）」が適用されていた時期があり、その期間の軍歴が年金額に影響する場合があります。

- 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（7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.

## SSA-1-BK APPLICATION FOR RETIREMENT INSURANCE BENEFITS 記入要領

【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。

Form SSA-1-BK (07-2025) UF

Page 7 of 9

I declare under penalty of perjury that I have examined all the information on this form, and on any accompanying statements or forms, and it is true and correct to the best of my knowledge. I understand that anyone who knowingly gives a false statement about a material fact in this information, or causes someone else to do so, commits a crime and may be subject to a fine or imprisonment.

### SIGNATURE OF APPLICANT

SIGNATURE (First Name, Middle Initial, Last Name) (Write in ink.)

Date (MM/DD/YYYY)

Telephone number(s) at which you may be contacted during the day

### 【米国内のドル預金口座】

💡【解説】米国年金をドルで受け取りご希望の場合は、こちらに米国内で開設した口座情報を記入してください。

### Direct Deposit Payment Information (Financial Institution)

Routing Transit Number

Account Number

☐ Checking

☐ Enroll in Direct Express

☐ Savings

☐ Direct Deposit Refused

Applicant's Mailing Address (Number and street, Apt No., P.O. Box, or Rural Route)  
(Enter Residence Address in "Remarks," if different.)

City and State

ZIP Code

County (if any) in which you now live

### 【郵送先住所】

郵送先住所を記入。

Witnesses are required ONLY if this application has been signed by mark (X) above. If signed by mark (X), two witnesses who know the applicant must sign below, giving their full addresses. Also, print the applicant's name in the Signature block.

1. Signature of Witness

2. Signature of Witness

Address (Number and Street, City, State and ZIP Code)

Address (Number and Street, City, State and ZIP Code)

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

【証人欄】本人が署名できない場合に使用する欄です。

💡【解説】本人が署名できない場合は「SSA-1-BK」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。