

# SSA-2-BK APPLICATION FOR WIFE'S OR HUSBAND'S 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-2-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-2-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-2-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）。

配偶者年金の申請書は全 8 ページで構成されています。

| Form SSA-2-BK (07-2025) U.F.<br>Social Security Administration<br>Page 1 of 8<br>OMB No. 0960-0018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Form SSA-2-BK (07-2025) U.F.<br>Page 8 of 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>APPLICATION FOR WIFE'S OR HUSBAND'S INSURANCE BENEFITS</b><br>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.<br><input type="checkbox"/> Supplement. If you have already completed an application entitled "APPLICATION FOR RETIREMENT INSURANCE BENEFITS," you need complete only the circled items. All other claimants must complete the entire form. |  | <b>CHANGES TO BE REPORTED AND HOW TO REPORT</b><br>FAILURE TO REPORT MAY RESULT IN OVERPAYMENTS THAT MUST BE REPAYED, AND IN POSSIBLE MONETARY PENALTIES.<br>• 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.)<br>• Your citizenship or immigration status changes.<br>• Any beneficiary goes outside the U.S.A. for 30 consecutive days or longer.<br>• Any beneficiary dies or becomes unable to handle benefits.<br>• Work Changes. On your application you told us you expect total earnings for _____ to be \$ _____.<br>You [ ] are [ ] are not earning wages of more than \$ _____ a month.<br>You [ ] are [ ] are not self-employed rendering substantial services in your trade or business. (Report AT ONCE if this work pattern changes.)<br>• Change of Marital Status. Marriage, divorce, and annulment of marriage. You must report marriage even if you believe that an exception applies.<br>• 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.<br>• You have an unsatisfied warrant for more than 30 consecutive days for your arrest for a crime or attempted crime that is a felony of flight to avoid prosecution or confinement, escape from custody and flight-attempt. 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).<br>• You have an unsatisfied warrant for more than 30 consecutive days for a violation of probation or parole under Federal or State law.<br>• 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. |  |
| 1. (a) PRINT Name of Wage Earner or Self-Employed Person (Herein referred to as the "Worker")<br>(b) Enter Worker's Social Security Number                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 2. (a) PRINT your name<br>(b) Enter your Social Security Number                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| 3. Answer question 3 if English is not your preferred language. Otherwise go to item 4.<br>(a) Enter the language you prefer to: Speak Write<br>(b) Enter your date of birth                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 4. (a) Enter name of city and state, or foreign country where you were born                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 5. (a) Are you a U.S. citizen?<br>(b) Are you an alien lawfully present in U.S.?<br>(c) When were you lawfully admitted to the U.S.?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 6. (a) Enter your full name at birth if different from item 2(a)<br>(b) Have you used any other name(s)?<br>(c) Other name(s) used.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 7. (a) Have you used any other Social Security number(s)?<br>(b) Enter Social Security number(s) used.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | PLEASE READ THE FOLLOWING INFORMATION CAREFULLY BEFORE YOU ANSWER QUESTION 17.<br>• If you are under full retirement age, wife's or husband's benefits cannot be paid for any month before the month in which you file this claim, but not before the month you attain full retirement age.<br>• If you are full retirement age or older, wife's or husband's benefits may be payable for some months before the month in which you file this claim, but not before the month you attain full retirement age.<br>• 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 benefits 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |

- 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-2-BK APPLICATION FOR WIFE'S OR HUSBAND'S INSURANCE BENEFITS

## 記入要領

Form SSA-2-BK (Discontinue Prior to Social Security Administration)

APPLICANT

I apply for insurance for survivors, and for disabled persons.

☐ Supplemental RETIREMENT other claim

1. (a) PRINT Name of person for whom you are applying (Herein referred to as "person") (b) Enter Work

2. (a) PRINT your name FIRST NAME, MIDDLE INITIAL, LAST NAME HANAKO YAMADA (b) Enter your Social Security Number 987-65-4321

Answer question 3 if English is not your preferred language. Otherwise go to item 4.

3. Enter the language you prefer to: Speak Write

4. (a) Enter your date of birth Month, Day, Year (b) Enter name of city and state, or foreign country where you were born

5. (a) Are you a U.S. citizen? ☐ Yes (If "Yes," go to item 6.) ☐ No (If "No," answer (b).) (b) Are you an alien lawfully present in U.S.? ☐ Yes (If "Yes," go to item (c).) ☐ No (If "No," go to item 6.) (c) When were you lawfully admitted to the U.S.?

6. (a) Enter your full name at birth if different from item 2(a) FIRST NAME, MIDDLE INITIAL, LAST NAME (b) Have you used any other name(s)? ☐ Yes (If "Yes," answer (c).) ☐ No (If "No," go to item 7.) (c) Other name(s) used.

7. (a) Have you used any other Social Security number(s)? ☐ Yes ☐ No (b) Enter Social Security number(s) used.

【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)欄には被保険者の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)欄には申請者のSSNを記入（例：987-65-4321）

💡 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。

【6. 出生時の名前とその他の名前の使用について】(a) 出生時の名前が「2(a)」と異なる場合に記入。変わりがなければ空欄のまま。(b)「2(a)」や「6(a)」に記入した以外の名前を使ったことがあれば「Yes」にチェックし、(c)欄に名前を記入。（例：HANAKO SUZUKI）その他の名前を使用したことがない場合は「No」にチェックし、7番へ。

【7. 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。(b) には使ったことのあるSSNを全て記入。使用したことがない場合は「No」にチェックし、8番へ。

### 【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、6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

- 例：01/15/1990

# SSA-2-BK APPLICATION FOR WIFE'S OR HUSBAND'S INSURANCE BENEFITS

## 記入要領

【8. 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、8番への回答はせず、9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、9番へ。

(b) には、働けなくなった年月日を記入。(例：01/20/2024)

Form SSA-2-BK (01-2020) 01

Page 2 of 2

DO NOT ANSWER QUESTION 8 IF YOU ARE ONE YEAR PAST FULL RETIREMENT AGE OR OLDER.  
GO ON TO QUESTION 9.

|     |                                                                                                                                    |                                                        |                                                         |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 8.  | (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<br>(If "Yes," answer(b).) | <input type="checkbox"/> No<br>(If "No," go to item 9.) |
|     | (b) If "Yes," when do you believe your condition(s) became severe enough to keep you from working (even if you have never worked)? |                                                        |                                                         |
| 9.  | Did you, or your spouse, (or prior spouse) work in the railroad industry for 5 years or more?                                      |                                                        |                                                         |
| 10. | (a) Do you have Social Security credits (for example, based on work or residence) under another country's Social Security system?  |                                                        |                                                         |
|     | (b) List the other country(ies).                                                                                                   |                                                        |                                                         |

### 【9. 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. (a) Enter information about your marriage to the worker. If you married to enter the additional marriage information. Go to item 11(b) if you have more than one marriage. |  |                                 |                                        |
| Spouse's name (including maiden name)                                                                                                                                          |  | When (MM/DD/YYYY)               |                                        |
| How marriage ended (If still in effect, write "Not Ended.")                                                                                                                    |  | When (MM/DD/YYYY)               | Where (Name of City and State)         |
| Marriage performed by:<br><input type="checkbox"/> Clergyman or public official<br><input type="checkbox"/> Other (Explain in "Remarks")                                       |  | Spouse's date of birth          |                                        |
| Spouse's Social Security Number (If none or unknown, so indicate)                                                                                                              |  |                                 |                                        |
| (b) If you remarried after the divorce from the worker, enter the marriage information for each marriage. Go to item 11(c) if you had other marriages.                         |  |                                 |                                        |
| Spouse's name (including maiden name)                                                                                                                                          |  | When (MM/DD/YYYY)               |                                        |
| How marriage ended                                                                                                                                                             |  | When (MM/DD/YYYY)               | Where (Name of City and State)         |
| Marriage performed by:<br><input type="checkbox"/> Clergyman or public official<br><input type="checkbox"/> Other (Explain in "Remarks")                                       |  | Spouse's date of birth (or age) | If spouse deceased, give date of death |
| Spouse's Social Security Number (If none or unknown, so indicate)                                                                                                              |  |                                 |                                        |

### 【10. 米国以外の社会保障制度への加入歴について】

(a) 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)へ。無い場合は「No」にチェックし、11番へ。

(b) 該当国を記入 (例：Japan)

【11 (a). 被保険者との結婚について】被保険者の「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」などを記入し、11(c)へ。同じ被保険者と複数回結婚したことがある場合は、5ページの「REMARKS」欄に追加の結婚情報を記入。元配偶者として申請する場合は(b)欄へ。

💡【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。

【11 (b). 離婚後の再婚について】被保険者との離婚後に、再婚したことがあれば再婚相手の「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」などを記入。再婚したことがなければ「None」と記入。

# SSA-2-BK APPLICATION FOR WIFE'S OR HUSBAND'S INSURANCE BENEFITS

## 記入要領

Form SSA-2-BK ( )

11. (c) Enter information about your marriage history. Do not repeat any marriages listed in item 11(a) or 11(b). If none, write "None".

Had a marriage

Had a marriage

Were divorced

combined previous marriages

Spouse's name (including maiden name)

When (MM/DD/YYYY)

Where (Name of City and State)

How marriage ended

Marriage performed by

Clerg

Other

Spouse's Social Security Number

If you are currently married, enter the date you became married

**【11 (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・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】11(a)および11(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。

12. Has an unmarried grandchild of the insured person living with you during any of the 12 months requested below

NAME AND ADDRESS (If you had more than one, list in order beginning with your first)

Relationship to insured person

Age

When did you begin living with you

**【12. 子供との同居について】**あなたが、今月を含む過去13カ月の間に、以下いずれかに該当する子供と同居していたことがある場合は、「Yes」にチェックし、子供の名前と該当月を記入（過去13か月、すべての期間一緒に住んでいた場合は「All」と記入）。該当する子供と一緒に住んでいなかった場合は「No」にチェックします。

- 被保険者の子供（養子や継子を含む）で、16歳未満かつ未婚
- 被保険者の扶養を受けている孫（継孫を含む）で、16歳未満かつ未婚
- 被保険者の子供または扶養を受けている孫で、22歳前から障がいの状態にあり、未婚

13. Enter below the names and addresses of all the persons, companies, or government agencies for whom you have worked during this year, last year, and the year before last. Do not include yourself or your spouse.

NAME AND ADDRESS (If you had more than one, list in order beginning with your first)

When did you begin working for them

When did you stop working for them

**【13. 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。スペースが足りない場合は、5ページの「REMARKS」欄に記入して下さい。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。

14. (a) How much were your total earnings last year?

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

ALL

Jan.

Feb.

Mar.

Apr.

May

Jun

Jul

Aug.

**【14-16. 収入について】**米国外で働いている場合は、原則空欄にし17番へ。

💡【解説】米国年金の繰り上げ受給（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。

# SSA-2-BK APPLICATION FOR WIFE'S OR HUSBAND'S INSURANCE BENEFITS

## 記入要領

Form SSA-2-BK (07-2025) UF

【14-16. 収入について】米国外で働いている場合は、原則空欄にし17番へ。

💡【解説】米国年金の繰り上げ受給（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。

15. (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 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".

\*Enter the appropriate monthly limit after reading the instructions, "How Work Affects Your Benefits".

|                                                                                                                          |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 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. |                              |

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).

16. (a) How much do you expect to earn next year? \$ \_\_\_\_\_

(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".

\*Enter the appropriate monthly limit after reading the instructions, "How Work Affects Your Benefits".

|                                                                                                                          |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 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. |                              |

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

If you are now under full retirement age and do not have an entitled child in your care, answer item 17. If you are full retirement age or older or you have an entitled child in your care, go to item 18.

💡【注意】すでに満額受給開始年齢（FRA）を超えている、または子供の年金（Child's benefits）の受給権を有する子供を養育している場合は、18番へ。該当しない場合は、17番へ。

17. ☐ (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

If this claim is approved and you are still entitled to benefits at age 65, or you are within 3 months of age 65 or older you could automatically receive Medicare Part A (Hospital Insurance) and Medicare Part B (Medical Insurance) coverage at age 65. If you live in Puerto Rico or a foreign country, you are not eligible for automatic enrollment in Medicare Part B, and you will need to contact the Social Security Administration for more information.

【17. 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。 |

# SSA-2-BK APPLICATION FOR WIFE'S OR HUSBAND'S INSURANCE BENEFITS

## 記入要領

Form SSA-2-BK (07-2025) UF  
COMPLETE ITEM 18 OR

Medicare Part B (Medical Insurance) helps cover doctor's services and outpatient care. It also covers some other services that Medicare Part A does not cover, such as some of the services of physical and occupational therapists and some home health care. If you enroll in Medicare Part B, you will pay a premium. Your premium will be deducted from your Social Security benefits. In some cases, you may have to pay a premium from the Internal Revenue Service. Your premium will be deducted from your Social Security benefits. You will also get help with how to pay your premiums. You will also get help with how to pay your premiums. If you have limited income and resources, we may help you pay your Medicare prescription drug costs. The Extra Help program helps pay for Medicare prescription drug costs. To learn more or apply, please visit [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov), call 1-800-772-1213 (TDD 1-800-325-6776) or visit the nearest Social Security office.

### 【18. 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】18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。被保険者の米国社会保障加入歴が10年以上の場合、その配偶者（又は元配偶者）も65歳から有料の医療保険（メディケア・パートB）に加入出来ますが、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。

### 【19. 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。

### Late Enrollment Penalty

If you do not sign up for Part B when you are first eligible, you may have to pay a late enrollment penalty for as long as you have Part B. Your monthly premium will be higher than if you had signed up for it when you were first eligible. Also, you may not be able to get Part B coverage until July 31 of the year following the year you were first eligible.

You can also enroll in a Medicare plan when you can enroll, visit [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) or call 1-800-MEDICARE. We will also tell you about age-related changes to your premium, based on income.

If you have limited income and resources, we may help you pay your Medicare prescription drug costs. The Extra Help program helps pay for Medicare prescription drug costs. To learn more or apply, please visit [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov), call 1-800-772-1213 (TDD 1-800-325-6776) or visit the nearest Social Security office.

18. Do you want to enroll in Medicare Part B?

19. If you are within 2 years of turning 65, do you have Supplemental Security Income (SSI)?

REMARKS (You may use this space to provide additional information.)

### 【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 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。

- 11(a)に記載した相手（同じ被保険者）と複数回結婚したことがある場合は、追加の婚姻情報（婚姻相手である被保険者の氏名・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、婚姻関係が終了した理由、終了した年月日、届けを出した場所など）を追記してください。また、11(a)、11(b)、11(c)に記載した以外にも婚姻歴がある場合は、その情報も記載してください。
- 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してください。

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.

# SSA-2-BK APPLICATION FOR WIFE'S OR HUSBAND'S INSURANCE BENEFITS

## 記入要領

Form SSA-2-BK (07-2025) UF

REMARKS (cont.)

【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。

### 【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。

### 【郵送先住所】 郵送先住所を記入。

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

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 or misleading statement about a material fact in this information, or causes someone else to do so, commits a crime and may be sent to prison, or face other penalties, or both.

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE OF APPLICANT                                                                                                                                                                                                                                |                | Date (MM/DD/YYYY)                                                                                                                                                       |
| SIGNATURE (First Name, Middle Initial, Last Name) (Write in ink)                                                                                                                                                                                      |                | Telephone number(s) at which you may be contacted during the day                                                                                                        |
| Direct Deposit Payment Information (Financial Institution)                                                                                                                                                                                            |                |                                                                                                                                                                         |
| Routing Transit Number                                                                                                                                                                                                                                | Account Number | <input type="checkbox"/> Checking <input type="checkbox"/> Enroll in Direct Express<br><input type="checkbox"/> Savings <input type="checkbox"/> 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                                                                                                                                   |
| 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)                                                                                                                   |

【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-2-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。