

# SSA-4-BK APPLICATION FOR CHILD'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-4-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-4-BK (05-2023) 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-4-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）。

子どもの年金の申請書は全 9 ページで構成されています。

The image shows a thumbnail of the SSA-4-BK application form. It includes sections for:
 

- APPLICATION FOR SOCIAL SECURITY BENEFITS CHILD'S INSURANCE BENEFITS**: Fields for child name, worker name, and Social Security number.
- PART 1 - INFORMATION ABOUT THE WORKER'S CHILDREN**: A table to list children with columns for birth date, gender, and relationship to the worker.
- CHANGES TO BE REPORTED AND HOW TO REPORT**: A list of events that require reporting, such as changes in residence, citizenship, or marital status.
- HOW TO REPORT**: Instructions on how to submit the form, including online, by phone, or in person.

- 1 ページ目から 6 ページ目：申請書本体です。
- 7 ページ目：プライバシー法に関する声明書。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：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。
- 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-4-BK APPLICATION FOR CHILD'S INSURANCE BENEFITS 記入要領

Form SSA-4-BK (04-2020) Use Social Security Administration

**【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）

💡 通常、申請者は親権を持った父親または母親です。被保険者が申請者である場合は2番には記入せずに3番へ。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、2(b)欄は空欄のままにします。

## APPLICATION FOR SOCIAL SECURITY BENEFITS CHILD'S INSURANCE BENEFITS

With this application, you are applying on behalf of the child or children listed in item 3 below for all insurance benefits for which they may be eligible under Title II (Federal Old-Age, Survivors and Disability Insurance) of the Social Security Act as presently amended. If you are applying on your own behalf, answer the questions on this form with respect to yourself.

If you are applying for benefits based on the earnings record of a Deceased Worker, this may also be considered an application for survivors benefits under the Railroad Retirement Act and for Veterans Administration payments under Title 38, U.S.C., Veterans Benefits, Chapter 13 (which is, as such, an application for other types of death benefits under Title 38).

Life Claim

1.	(a) PRINT name of Wage Earner or Self-Employed person (herein referred to as the "Worker").	FIRST NAME, MIDDLE INITIAL, LAST NAME
	(b) PRINT Worker's Social Security number.	
2.	(a) PRINT your name (unless you are the Worker).	FIRST NAME, MIDDLE INITIAL, LAST NAME
	(b) PRINT your Social Security number.	

### PART 1 - INFORMATION ABOUT THE WORKER'S CHILDREN

3. The Worker's children (including natural children, adopted children, and stepchildren) or dependent grandchild step grandchildren) may be eligible for benefits based on the earnings record of the Worker. For a living Worker, information below applies to this month or to any of the past 12 months. For a deceased Worker, the information applies to the date of death or for any period since the Worker's death.

List below all children who are: • Under age 18 • Age 18 to 19 and attending elementary or secondary school (grade 12 or lower) full-time • Age 18 or older with a disability that began before age 22	Date of Birth (MM/DD/YYYY)	Check (X) if Child 17.5 or Older is:		Check (X) the Column That Shows Child's Relationship to Worker					
		Student	Disabled	Natural	Adopted	Stepchild	Dependent Grandchild	Other	
FULL NAME OF CHILD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you do not wish to be payee for any child or dependent grandchild named above, list the child's name and "Remarks" on page 5. You may apply for a child even though you do not wish to be payee for the child's benefits.

4.	If any children in item 3 are stepchildren of the Worker, enter the date the Worker married the natural parent.	MM/DD/YYYY
5.	(a) Is there a legal representative (guardian, conservator, curator, etc.) for any of the children in item 3?	<input type="checkbox"/> Yes (If "Yes," complete (b) and (c).)

**【4. 継子について】** 3番に記載した子どもが被保険者の継子である場合、被保険者が子供の実親と結婚した年月日を記入。

**【5. 法廷代理人について】** (a) 3番に記載したの子どもの中に法定代理人（後見人、保佐人、補助人など）がついている子どもがいる場合は、「Yes」にチェックし、(b)と(c)へ。いない場合は「No」にチェックし、6番へ。

💡 被保険者の未婚の子ども（実子、養子、継子を含む）または被保険者の扶養を受けている孫（継孫を含む）は、年金を受給できる可能性があります。

今月または過去12カ月間に該当する子どもがいれば、その情報を記入します。被保険者が亡くなっている場合は、死亡日以降に該当する子どもがいれば、該当者の情報を記入します。

あなたが3番に記載したいいずれかの子どもの受取人になりたくない場合は、その子どもの名前と住所を5ページの備考欄に記入してください。

### 【3. 被保険者の子どもについて】

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についての情報を記入。

- ・氏名
- ・生年月日
- ・17歳6カ月以上で、高校生または障がいがある場合は該当欄にチェック
- ・被保険者との関係性にチェック（実子、養子、継子、扶養を受けている孫、その他）
- ・ソーシャルセキュリティナンバー

# SSA-4-BK APPLICATION FOR CHILD'S INSURANCE BENEFITS 記入要領

## 【5. 法定代理人について】

- (b) 法定代理人の「氏名・住所・電話番号」を記入。
- (c) 裁判所が法定代理人を任命するに至った経緯を簡潔に記入。

## 【6. 親子関係について】

あなたが年金申請する子どもの実親もしくは養親であれば「Yes」に、そうでなければ「No」にチェックします。

## 【7. 子どもの養子縁組歴について】

3番に記載した子どもの中で、被保険者以外の方の養子になったことがある子どもがいる場合は「Yes」に、いない場合は「No」にチェックします。該当する子どもがいれば、その子どもの氏名・養子縁組の日付・養親の氏名を記入。

Form SSA-4-BK (05-2023) UF

5. (b) Write the following information about the legal representative(s):	NAME (First name, middle initial, last name)	TELEPHONE (INCLUDE AREA CODE)
	ADDRESS	
(c) Briefly explain the circumstances which led the court to appoint a legal representative.		
6. Are you the natural or adoptive parent of the person(s) for whom you are filing? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
7. Have any children in item 3 ever been adopted by someone other than the Worker? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "Yes," enter the following information):		
	Name of Child	Date of Adoption
		Name of Person Adopted
8. Are all the children in item 3 now living in the same household with you? (If "No," enter the following information about each child not living with you. If uncertain as to the whereabouts of any of these children, explain in "Remarks".) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Name of Child Not Living With You	Person With Whom Child Now Lives	
	Name and Address	Relationship to Child
9. Has any child in item 3 ever been married? (If "Yes," enter the information requested below.) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Name of Child	Date of Marriage (MM/DD/YYYY)	
How Marriage Ended (If still married, write "not ended").	Date Marriage Ended (MM/DD/YYYY)	

## 【8. 世帯について】

3番に記載した子どもが全員、あなたと同じ世帯に住んでいる場合は「Yes」に、そうでない場合は「No」にチェックします。一緒に住んでいない子どもについて、それぞれの情報（子どもの氏名、子どもと一緒に住んでいる人の氏名、住所、及び子どもとの関係）を記入します。所在が不明な子どもがいる場合は、備考欄を使って状況を説明してください。

## 【9. 子どもの婚姻状況について】

3番に記載した子どもに婚姻歴がある場合は「Yes」に、ない場合は「No」にチェックします。「Yes」と回答した場合は、該当する子どもの氏名、婚姻日、婚姻が終了した理由（離婚、死別など。婚姻関係が継続している場合は「not ended」と記入）、婚姻関係が終了した年月日を記入します。

# SSA-4-BK APPLICATION FOR CHILD'S INSURANCE BENEFITS 記入要領

Form SSA-4-BK (05-2023) UF

If you are applying ONLY for a child in all other cases, answer items 10 through 13.

EARNINGS INFORMATION FOR LAST YEAR (Do not complete this section if the child is under 18 years of age.)			
10. (a) Did any child in item 3 earn more than the exempt amount last year? (If "Yes," answer (b.). If "No," go on to item 11.)		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
(b) NAME OF CHILD WHO EARNED OVER THE EXEMPT AMOUNT LAST YEAR	TOTAL EARNINGS OF CHILD	LIST EACH MONTH THAT CHILD DID NOT EARN MORE THAN \$ _____ IN WAGES AND DID NOT PERFORM SUBSTANTIAL SERVICES IN SELF-EMPLOYMENT	
	\$		
	\$		
	\$		
EARNINGS INFORMATION FOR THIS YEAR			
11. (a) Do you expect the total earnings of any child in item 3 to be more than the exempt amount this year? (Count all earnings beginning with the first of this year and all anticipated earnings through the end of this year.) (If "Yes," answer (b.). If "No," go on to item 12.)		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
(b) NAME OF CHILD WHO EXPECTS TO EARN OVER THE EXEMPT AMOUNT THIS YEAR	EXPECTED EARNINGS OF CHILD	LIST EACH MONTH (INCLUDING THE PRESENT MONTH) THAT CHILD DID NOT OR WILL NOT EARN MORE THAN \$ _____ IN WAGES AND DID NOT OR WILL NOT PERFORM SUBSTANTIAL SERVICES IN SELF-EMPLOYMENT	
	\$		
	\$		
	\$		
Complete item 12 ONLY if any child is now in the last 4 months of the child's taxable year (Sept., Oct., Nov., and Dec., if the taxable year is a calendar year).			
EARNINGS INFORMATION FOR NEXT YEAR			
12. (a) Do you expect the total earnings of any child in item 3 to be more than the exempt amount next year? (If "Yes," answer (b.). If "No," go on to item 13.)		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
(b) NAME OF CHILD WHO EXPECTS TO EARN OVER THE EXEMPT AMOUNT NEXT YEAR	EXPECTED EARNINGS OF CHILD	LIST EACH MONTH THAT CHILD WILL NOT EARN MORE THAN \$ _____ IN WAGES AND WILL NOT PERFORM SUBSTANTIAL SERVICES IN SELF-EMPLOYMENT	
	\$		
	\$		
	\$		
13. If any of the children for whom you are filing uses a fiscal year (one that does not end on December 31), print here the name of the child and the month the fiscal year ends.		Name of child and month fiscal year ends	

**Complete items 14 and 15 ONLY if the Worker is living. Otherwise, go on to item 16.**

14. If any children in item 3 are children adopted by the Worker, print below the name of each such child and the date of adoption by the Worker.

NAME OF ADOPTED CHILD	DATE OF ADOPTION

💡 18歳以上で障がいのある子ども（22歳前に障がいの状態になった子）のみの申請をする場合は、10番から13番は省略し、14番へ。

💡 18歳未満／18～19歳でフルタイムの高校生の申請をする場合は、10番から13番へ。

**【10-13. 子どもの収入について】** 3番に記載した子ども（たち）が受給開始時点（過去に遡って受給する場合も含む）で米国外で働いている場合、10番から13番に詳細は記入せず、備考欄に勤務先名（自営業の場合は業種）と就労期間を記入。米国外で働いていない場合は、その旨を備考欄に記入。

💡 被保険者が生存している場合のみ14番と15番を記入。死亡している場合は16番へ。

## 【14. 養子縁組】

3番に記載した子どもの中に、被保険者が養子としている子どもがいる場合は、その子どもの氏名と養子縁組が成立した年月日を記入。

# SSA-4-BK APPLICATION FOR CHILD'S INSURANCE BENEFITS 記入要領

Form SSA-4-BK (

15. Have all of the last 13 months (If "No," enter "None")

NAME OF DID NOT LIVE WITH THE 13 MONTHS

16. If any of the children in item 3 are within 2 months of age 65 or older, blind or disabled, do you want to file on their behalf for Supplemental Security Income?

**【15. 被保険者との同居について】** 3番に記載した子ども（たち）が、今月を含む過去13カ月の間ずっと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子がいる場合は、「No」にチェックし、下段に以下の情報を記入。

- 一緒に住んでいなかった子どもの氏名
- 一緒に住んでいなかった期間
- その期間子どもと一緒に住んでいた人の氏名と住所
- その期間一緒に住んでいた人と子どもとの関係性

**【16. 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。

PART 2 - INFORMATION ABOUT THE DECEASED. Complete item

17. (a) Print date of birth of Worker  
(b) Print Worker's name at birth if different from item 1 (a)

18. (a) Print date of death  
(b) Print place of death

19. Print the name of the state or foreign country where the Worker had a fixed, permanent home at the time of death.

20. Did the Worker work in the railroad industry for 5 years or more?

21. (a) Did the worker have Social Security credits (for example based on work or residence) under another country's Social Security system?  
(b) List the country(ies).

22. (a) Did the worker have wages or self-employment income covered under Social Security in all years from 1978 through last year?  
(b) List the years from 1978 through last year in which the worker did not have wages or self-employment income covered under Social Security.

Answer item 23 ONLY if death occurred within the last 2 years.

23. (a) How much did the Worker earn from employment and self-employment during the year of death?  
(b) How much did the Worker earn the year before death?

💡 被保険者が死亡している場合のみ、17番から24番の項目を記入します。

**【17. 生年月日と出生時の氏名】**

(a) 被保険者の生年月日を記入  
(b) 被保険者の出生時の氏名が1(a)と異なる場合に記入

**【18. 死亡年月日と死亡地】**

(a) 死亡年月日を記入 (例: 05/21/2025)  
(b) 死亡した市名と州名または都道府県名と国名を記入 (例: Tokyo, Japan)

**【19. 定住地】** 死亡時に定住していた州または国名を記入

**【20. 鉄道業界での勤務について】** 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。

**【21. 米国以外の社会保障制度への加入歴】**

(a) 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)へ。無い場合は「No」にチェックし、22番へ。  
(b) 該当国を記入 (例: Japan)

**【22. 米国社会保障 (Social Security) の加入履歴】**

(a) 原則「No」にチェックし、(b)には「See Remarks」と記入し、詳細を5ページの備考欄に記入してから23番へ。被保険者が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を得ていた場合は、「Yes」にチェックし、そのまま23番へ。

💡 被保険者が亡くなってから2年以内の場合のみ23番に記入します。給与等を円貨で受け取っていた場合は円貨で記入します。(例: 4,000,000 Yen)

**【23. 被保険者の収入について】**

(a) 死亡した年の収入を記入  
(b) 死亡した年の前年度の収入を記入

# SSA-4-BK APPLICATION FOR CHILD'S INSURANCE BENEFITS 記入要領

Form SSA-4-BK (0

24. Check  I am  the  with full retroactivity.

**【24. 未反映の収入記録の提出について】**以下の文に該当する場合はチェック。  
 「私は亡くなった被保険者の未反映の収入の記録について、課税証明書を提出しません。これらの収入の記録は24カ月以内に自動的にSSAの記録に反映され、年金額が増額される場合には遡って支払われることを承知しています。」  
**【解説】**米国の社会保障税の対象となっていた直近の収入について未反映の記録がある場合、課税の証明書を提出していただければ、遺族年金の金額に反映することが可能です。なお、証明書を提出しなくても、課税の記録は通常24か月以内に自動的に反映され、年金額に影響がある場合には遡って年金額が増額されます。証明書類をあえて提出する場合は除き、チェックを入れます。

Answer item 25 ONLY if the Worker died prior to age 66 and within the past 4 months.

25. (a) Was the Worker unable to work because of a illness conditions at the time of death? **💡 被保険者が66歳未満かつ過去4カ月以内に死亡した場合のみ25番に回答してください。**  
 (b) Enter the date the Worker first became unable to w

26. Were all the children in item 3 living with the Worker at (If "No," enter the following information)

NAME OF CHILD NOT LIVING WITH THE WORKER	

**【25. 被保険者の就労能力について】**  
 (a) 被保険者が死亡時に、病気やケガなどが原因で働くことが出来ない状態だった場合は「Yes」にチェックし、(b)へ。そうで無い場合は「No」にチェックします。  
 (b) 被保険者が働けなくなった日を記入  
 (例：01/20/2024)

REMARKS: (You

**【26. 被保険者の死亡時の同居状況について】**3番に記載した子ども（たち）が、被保険者の死亡時に被保険者と同居していた場合は「Yes」にチェックし、備考欄へ。同居していなかった子がいる場合は、「No」にチェックし、下段に以下の情報を記入。

- 一緒に住んでいなかった子どもの氏名
- 被保険者が死亡した時点で子どもと一緒に住んでいた人の氏名と住所
- 一緒に住んでいた人と子どもとの関係性

**【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）では米国内年金の受け取りができませんので予めご了承ください。また、子ども自身に年金の管理能力がないため代理受取人の擁立が必要になる場合は、別途追加の手続きと口座の設定が必要になる場合がございます。
- 3番の補足情報** - あなたが3番に記載したいいずれかの子どもの受取人になりたくない場合は、その子どもの名前と住所をこちらに記入してください。

# SSA-4-BK APPLICATION FOR CHILD'S INSURANCE BENEFITS 記入要領

【備考欄(続き)】以下の内容を追記ください。

- **8番の補足情報** - 3番に記載した子どものうち、一緒に住んでいない、所在が不明の子どもがいる場合はその子の名前と所在が不明である事情を記入してください。
- **10-13番の補足情報** - 3番に記載した子どもが米国外で働いている場合、こちらに勤務先名（自営業の場合は業種）と就労期間を記入。米国外で働いていない場合は、その旨を記入してください。
- **22番の補足情報**（被保険者が死亡している場合のみ記入） - 22(b)に「**See Remarks**」と記入し、1978年から昨年までの間に、被保険者が米国の社会保障税を納めた期間を全て記入してください。  
**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**
- **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、こちらにお住まいの住所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かない電話番号を記入。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-4-BK (Continuation)		Con't Remarks	
SIGNATURE OF APPLICANT			
SIGNATURE (First Name, Middle Initial, Last Name) (Write in ink)		Telephone Number(s) at which you can 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
		<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 signing who know the applicant must sign below giving their full addresses. Also, print the applicant's name in the signature line.			
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)	

## 【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。

【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-4-BK」を使っ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。