

29年7月10日

アメリカ合衆国年金制度の年金受取人確認書の簡単な書き方

アメリカ合衆国年金局が年金不正やサギを防ぐために年金受取人に確認書を送ります。毎年ではないですがたまにこの書類は必ず届きます。

そして、受取人本人か正式な代理人がサインして60日以内に返信しないと年金が止まることがあります。

年金確認書が来たら必ず書いて返信して下さい。

以下のページにその書類の簡単な書き方と返送の仕方が書いてあり見本もあります。

ポイントは年金を受け取る時から自分の状態が変わらない場合：

1. 再婚しなかった
2. 国籍が変わらなかった
3. 18歳以下の子供がいない

であればOK, この説明を見て簡単に仕上がります。

質問があれば、この事務所に問い合わせやアメリカ東京大使館のFBUに問い合わせください。

RAO: 0176-77-4428

東京FBU: 03-3224-5055

REPORT TO THE UNITED STATES SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION

IMPORTANT: Failure to complete and return this form within 60 days will result in suspension of benefits. SIGN AND RETURN THIS FORM IN THE ENCLOSED ENVELOPE. SEE INSTRUCTIONS ENCLOSED.

- 1. Print your address here **only** if it is different from the one shown below.
下記の住所が誤ってる場合はここに正しい住所を記入して下さい。
- 2. Telephone number at which you may be contacted during the day.
電話番号をここに記入:
(例) 0176-22-1234

000213314 JA 7162 A 753
SEIKO KAWASAKI
53-022 AZA MORIOKUBO
OAZA MISAWA
MISAWA-SHI
ACMORI 033-0053
JAPAN 753

533862028103875338672028
533862028 A 753
67

この3つの罰点でOK!

IF YOU ANSWER "YES" TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW, PLEASE TURN THE FORM OVER AND CONTINUE ON THE BACK. YOU MUST SIGN YOUR NAME IN ITEM 7 ON THE BACK OF THIS FORM

	YES	NO
3. Has there been a change in your citizenship or your country of residence that you have not yet reported to SSA?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Have you married or had a divorce or annulment since you last reported your marital status to SSA?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Did you work for someone else or were you self-employed (i.e. did you own a business or farm) since your last report of work to SSA?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Answer Question 6 only if you are the parent of a child under age 16 or disabled and you receive Social Security benefits because you have this child in your care.		
6. Did you and the child live apart since you last reported the child's living arrangements to SSA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTHER REPORTABLE EVENTS
In addition to the events listed on this form, you are responsible for reporting any other event that may affect benefit payments.

(For SSA Use Only)

□ □ □ - □ □ - □ □ □ □

SSN

Privacy Act Statement/Collection and Use of Personal Information - The United States Code of Federal regulations (42 U.S.C. § 403(g), 403(g), 405(a) and 405(j)) authorize us to collect the information on this form. The information you provide will be used to determine if we can continue to pay you Social Security benefits. Your response is voluntary. However, failure to provide the requested information may prevent us from making an accurate and timely decision on your claim, or could result in the loss of benefits.

records with those of other Federal, State or local government agencies. Information from these matching programs can be used to establish or verify a person's eligibility for Federally-funded or administered benefit programs and for repayment of payments or delinquent debts under these programs.

We rarely use the information provided on this form for any purpose other than for determining the continued entitlement to benefit payments. However, in accordance with 5 U.S.C. § 552a(b) of the Privacy Act, we may disclose the information provided on this form (1) to enable a third party or an agency to assist Social Security in establishing rights to Social Security benefits and/or coverage; (2) to make determinations for eligibility in similar health and income maintenance programs at the Federal, State and local level; (3) to comply with Federal laws requiring the disclosure of the information from our records; and (4) to facilitate statistical research, audit or investigative activities necessary to assure the integrity of SSA programs.

A complete list of routine uses for this information is contained in our System of Records Notice 60-0089 (Claims Folders System). Additional information regarding this form and our other system of records notices and Social Security programs are available from our internet website at www.socialsecurity.gov or at any U.S. Embassy, consulate, VACRO or U.S. Social Security office.

We may also use the information you provide when we match records by computer. Computer matching programs compare our Form SSA-7162-OCR-9M (7-2011) Destroy Prior Editions

Paperwork Reduction Act Statement - This information collection meets the requirements of 44 U.S.C. § 3507, as amended by section 2 of the Paperwork Reduction Act of 1995. You do not need to answer these questions unless we display a valid Office of Management and Budget control number. We estimate that it will take about 5 minutes to read the instructions, gather the facts, and answer the questions. You may send comments on our time estimate above to: SSA 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401 USA. Send only comments relating to our time estimate to this address, not the completed form.

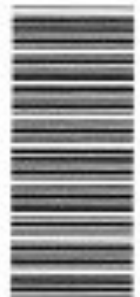
IF YOU HAVE ANSWERED "YES" TO ANY OF THE QUESTIONS ON THE OTHER SIDE OF THIS FORM, YOU MUST COMPLETE THE CORRESPONDING BLOCK(S) BELOW. IF YOU ANSWERED "NO" TO ALL OF THE QUESTIONS ON THE OTHER SIDE OF THE FORM, YOU SHOULD GO TO ITEM 7, SIGN, DATE, AND RETURN THE FORM.

3. If you answered "Yes" to question 3 on the reverse, complete the information below.		
(a) Country of new citizenship	Date acquired (Month-Day-Year)	
(b) Current country of residence	Date of change (Month-Day-Year)	
4. If you answered "Yes" to question 4 on the reverse, complete the information below.		
(a) <input type="checkbox"/> Marriage	(b) <input type="checkbox"/> Divorce	(c) <input type="checkbox"/> Annulment
		(d) Enter date event occurred (Month-Day-Year)
5. If you answered "Yes" to question 5 on the reverse, complete the information below.		
(a) Check one <input type="checkbox"/> Employee <input type="checkbox"/> Self-Employed	(b) Date work began (Month-Day-Year)	(c) If ended, enter date work stopped (Month-Day-Year)
(d) List each month that you worked 45 hours or less (Explain in "Remarks")		
(e) Was this work done in the United States or did you pay United States Social Security taxes on earnings from this work? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
(f) If you answered "Yes" to (e) above, enter your total earnings for:		
the year before last _____	\$	
and		
last year _____	\$	
also give		
your estimate of earnings for this year _____	\$	
6. If you answered "Yes" to question 6 on the reverse, complete the information below.		
(a) Date child left (Month-Day-Year)	(b) Date child returned (Month-Day-Year)	(c) Name of child
(d) Reason for absence		
(e) If the child has not returned, print the address of the child here.		

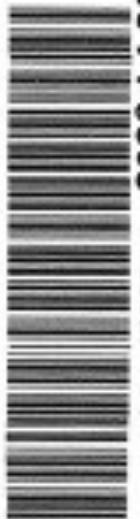
REMARKS

IMPORTANT: I declare under penalty of perjury that I have examined all of 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 may face other penalties, or both.

7. Signature or mark of beneficiary (Note: If this form is signed with a mark, a witness must sign below.)	Date
ここにサインして下さい (例) Seiko Kawasaki	10 Jul 2017
8. Signature of witness	Date



10E 550



533-71-9503

40189 P9

FROM Seiko Kawasaki
(NAME)
53-22 Aza-Moriokubo
(ADDRESS)
Misawa-shi, Aomori-ken, Japan
(CITY) (POSTAL CODE) (COUNTRY)
033-0053

PLACE
STAMP
HERE

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION
PO BOX 7162
WILKES BARRE PA 18767-7162
UNITED STATES OF AMERICA

以下の手順をお読みください。事前に目を通してからすべての質問にお答えください。

書類に必要事項を記入し、同封されているSSA宛 (Social Security Administration, P.O. Box 7161, Wilkes-Barre, Pennsylvania, 18767-7161, U.S.A.) の返信用封筒にて、この通知がお手元に届いた日から60日以内に返送してください。

すみやかに本書類が返送されなかった場合、対象者の年金が停止されることがありますのでご注意ください。

記入の際の注意事項

以下の手順に従ってご記入下さい。

- 黒のボールペンまたは濃い鉛筆をお使い下さい。
- 署名欄以外はすべてブロック体で記入して下さい。
- Yes (はい) か No (いいえ) 欄のどちらか当てはまる方にバツ印 (X) を記入して下さい。
- X印を出来るだけ枠の中に収めるよう記入して下さい。
- 最後裏面に必ず署名 (サイン) をして下さい。

記入方法

以下の番号は、書類内の質問の番号と一致しています。

1. 印刷済みの住所が間違っている場合のみ、空欄に正しい住所又は新住所を記入して下さい。
2. 日中の連絡先・電話番号を記入して下さい。
3. 国籍や居住している国に変更はありましたか。変更がない場合は“NO”欄にX印を記入し、4番に進んでください。変更がある場合、“Yes”欄にX印を記入し、表面3番に下記の内容を記入して下さい:

(a) 新しい国籍 国籍を取得した日付

(b) 現在の居住国 居住開始日

4. 結婚又は離婚 (婚姻の無効宣言) されましたか。変更が無い場合、“NO”欄にX印を記入し、5番に進んでください。変更がある場合、“Yes”欄にX印を記入し、表面4番に下記の内容を記入して下さい:

(a) 結婚 (b) 無効宣言 (c) 離婚
該当する項目にX印を記入して下さい。
(d) 変更があった日付

5. 新たに仕事を始めた様な事はありますか。(自営や農業も含みます。お仕事をされていない場合、NO”欄にX印を記入し、6番に進んでください。お仕事をされている場合、“Yes”欄にX印を記入し、表面5番に下記の内容を記入して下さい:

(a) どちらかにチェックして下さい。
従業員 自営業

(b) 働き始めた日

(c) この仕事が既に終わっている場合、終了の日付を記入して下さい。終了していない場合は“Not ended”と記入して下さい。

(d) 就労時間がひと月に45時間以内の月を記入して下さい。(備考欄“Remarks”で45時間以内の説明をしてください)

(e) 米国でのお仕事でしたか。または米国の社会保障税を支払われましたか? どちらかをチェックして下さい。

Yes (はい) (No) いいえ

(f) 上記 (e) で“はい”を選ばれた場合、昨年と本年度年収見込み額を記入して下さい。

6番は16歳未満もしくは障害をお持ちのお子様の保護者として年金受給されている場合のみお答えください。お子様がいなかった場合は7番に進んでください。

6. 年金受給中の子供と別居されましたか。変更がない場合、“NO”欄にX印を記入し、7番に進んでください。別居された場合、

"Yes"欄に×印を記入し、裏面 6 番に下記の
内容を記入して下さい：

- (a) 引越日または転居日
- (b) 戻られた場合その日付を。現在も同居
されてない場合は "Not returned" と記入し
て下さい。
- (c) 別居をしている子供の氏名
- (d) 転居の理由
- (e) 現在同居されてない場合、子供の現住
所・連絡先を記入して下さい。

7. 署名

必ず裏面の項目 7 に署名（または×印）と
日付を記入して下さい。

×印を記入される場合は、証人が必要です。
項目 8 に証人の方の署名と住所・日付をお
忘れなくお書き下さい。

お仕事なさっている場合

66 歳未満で受給者がお仕事—商業、見習い、実習
生、ビジネス等—をなさっている・なさった場合
は報告する義務がございます。ご報告後年金への
影響がある場合はお知らせいたします。

**プライバシー・アクト
個人情報保護法**

個人情報の収集と利用に関する声明

連邦政府の法制 (42 U.S.C § 403(c), 403(g), 405(a)
and 405(j)) によりこの書類に関する情報を収集す
ることが許可されています。提供される情報は
Social Security の年金給付資格の継続を判断するた
めに使用されます。ご回答は任意です。ただし、
ご回答なさらない場合、正しい決定が出来なくな
ったり、年金の受給が止まったりする可能性があ
りますのでご了承下さい。

この情報は年金の継続以外の目的で使われること
は減多にございません。ですが、個人情報保護法
の 5 U.S.C § 552a(b) に基づき (1) Social Security の
年金給付の権限・権利を確認・立証するため (2)
連邦・州・地方レベルで受けられる援助の資格を
決めるため (3) 連邦法に準拠して開示が必要なため
と (4) SSA のプログラムの整合性、一貫性、信憑
性、等の監査・検査・調査活動・統計的な研究の
ため、第三者へ情報が開示される場合がございます。

コンピュータでの記録確認のためにも情報開示を
行います。コンピュータマッチングプログラムと
は他の連邦、州、又は地方公共団体の機関と情報
を比較致すものです。これらのマッチングプロ
グラムから連邦のプログラムの資格があるか、政
府資金援助などを受けられるか、これらのプロ
グラムに基づく支払いや延滞債務の返済に使用し
たりすることができます。

情報の使い方の確認・説明は System of Records
Notice 60-0069 (Claims Folders System) に述べら
れています。このフォーム、ほかの記録通知、社
会保障プログラム等に関する情報は当社のイン
ターネットのウェブサイト www.socialsecurity.gov、
または米国大使館、領事館、VARO、および Social
Security の事務所で入手可能です。

書類削減法—この情報の収集は、44 U.S.C. § 3507,
as amended by Section 2 of the Paperwork
Reduction Act of 1995 の基準に基づいています。
Office of Management and Budget control number
行政管理番号の有効な表示がない場合、このフォ
ームに回答する必要はありません。説明書を読み、
情報収集し、この書類を回答するに至って約 15 分
かかります。この時間推定に関してのコメントは
SSA, 5401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-
6401, U.S.A. までお願いします。

それ以外の内容に関するコメントは受付いたしか
ねますのでご了承ください。

