

日米社会保障協定
JAPAN - U. S. AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY
送達 / 請求 / 証明様式 (日本の連絡票)
TRANSMITTAL/REQUEST/CERTIFICATION FORM

日本の照会番号
 Japanese reference number

※日本保険者により記入される欄
 To be completed by Japanese liaison agencies

受取先: TO

- Social Security Administration
 Office of International Operations
 P.O. Box 17049
 Baltimore, MD 21235-7049 U.S.A.
 合衆国 メリーランド州 ボルチモア市
 私書箱 17049 郵便番号 21235-7049
 社会保障庁国際オペレーション室
- FBU Tokyo, Japan
 日本国 東京
 連邦給付部

- U.S. Embassy, SSA Division
 1131 Roxas Blvd.
 Ermita 1000
 Manila, The Philippines
 フィリピン国 マニラ市
 エルミタ 1000
 ロハス大通り 1131
 米国大使館 社会保障庁部

送付元: FROM

- Social Insurance Agency
 社会保険庁
- Social Insurance Operation Center
 社会保険業務センター
- Federation of National Public Service Personnel
 Mutual Aid Associations
 国家公務員共済組合連合会
- Pension Fund Association for Local Government
 Officials
 地方公務員共済組合連合会
- The Promotion and Mutual Aid Corporation for
 Private Schools of Japan
 日本私立学校振興・共済事業団

I. 申請に関する情報 / INFORMATION ABOUT THE CLAIM

A. 被保険者の氏名 Name of Worker/Contributor	氏 / Last name 名 / First name ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters												
B. 被保険者の出生時の氏名 Name at Birth	氏 / Last name ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters												
C. 被保険者の性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男性 / Male <input type="checkbox"/> 女性 / Female												
D. 被保険者の合衆国社会保障番号 U.S. Social Security Number (SSN)	— — — / — — / — — — —												
E. 被保険者の日本の基礎年金番号 Japanese Basic Pension Number	— — — — — — — — — —												
F. 申請者の氏名 Name of Claimant	氏 / Last name 名 / First name ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters												
G. 申請者の出生時の氏名 Claimant's Name at Birth	氏 / Last name ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters												
H. 申請者の合衆国社会保障番号 Claimant's U.S. SSN	— — — / — — / — — — —												
I. 申請者の住所及び電話番号 Claimant's Address and Telephone number													
J. 請求された申請書の種類 Type of Benefits Claimed	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>合衆国 U.S.</th> <th>日本 JAPAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退職 / 老齢 Retirement / Old age</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>障害 Disability</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>遺族 Survivors</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		合衆国 U.S.	日本 JAPAN	退職 / 老齢 Retirement / Old age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	障害 Disability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	遺族 Survivors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	合衆国 U.S.	日本 JAPAN											
退職 / 老齢 Retirement / Old age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
障害 Disability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
遺族 Survivors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
K. 申請年月日 Date Claim Filed	(月 / 日 / 年 M / D / Y) (/ /)												