

## 障害年金 相談票

ご記入日 平成 年 月 日

氏名 <small>ふりがな</small>		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 歳 男 女		
住所	〒				
☎ 番号			携帯		
基礎年金番号			メールアドレス		
家族構成	配偶者： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		子供（18歳以下）： 人		
傷病名					
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手帳名			等級 級
初診日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> お困りの症状で初めて医師の診察を受けた日				
初診日 年金加入状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金				
初診日以前 年金保険料納付 状況	<input type="checkbox"/> 初診日当時は厚生年金または共済年金に加入 <input type="checkbox"/> 1年以上は継続して在職していた <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた 自営業 専業主婦 学生 無職 ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた記憶がない 自営業 専業主婦 学生 無職 ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> その他 ※ご記入下さい ( )				
障害年金を 知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ちらし <input type="checkbox"/> 病院の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他				

1. 発症～初診日～現在までの状況

医療機関名と受診期間	自覚症状、通院回数、治療内容、薬の名称 医師からの指示事項、日常生活の状況（不自由さ）など
発症日（具合が悪くなり始めた日） <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	発症当時の症状
医療機関名・診療科 病院 科 （初診日～受診期間） 年 月 日 ～ 年 月 日	
医療機関名・診療科 病院 科 （受診期間） 年 月 日 ～ 年 月 日	
医療機関名・診療科 病院 科 （受診期間） 年 月 日 ～ 年 月 日	
医療機関名・診療科 病院 科 （受診期間） 年 月 日 ～ 年 月 日	