

**※すぐに分かる範囲でのご記入で結構です**

**申請タイミングを早めるためにもご協力ください**

相談票

記入日 年 月 日

|                               |                        |
|-------------------------------|------------------------|
| 氏名・性別                         | 男 ・ 女                  |
| 基礎年金番号                        |                        |
| 〒・住所                          | 〒                      |
| 電話番号                          |                        |
| メールアドレス                       |                        |
| 生年月日                          | 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)       |
| 家族構成                          | 配偶者 有 ・ 無 子供 (18歳以下) 人 |
| 障害年金を知ったきっかけ<br>(検索したキーワードなど) |                        |
| 傷病名                           |                        |
| 障害者手帳の有無                      | 手帳名 ( ) 級              |
| 発病日とその時の症状                    | 発病日 平成 年 月 日<br>症 状    |

|  |   |
|--|---|
|  | ( )   |
| 初診日と医療機関名  | 初診日 平成 年 月 日<br>医療機関名   |
| 初診日の時の加入年金   | 国民年金 厚生年金 共済年金  |
| 初診日以前の年金保険料の納付状況（ご記憶の範囲で構いません）<br><br>※右のボックス（□）にチェックを入れてください<br><br>分からない場合は無記入でも結構です | <input type="checkbox"/> 初診日当時は厚生年金、又は共済年金に加入しており初診日以前から少なくとも1年以上は継続して在職（厚生年金、又は共済年金に加入）していた<br><input type="checkbox"/> 初診日当時は <u>自営業・専業主婦・学生・無職</u> であり、国民年金保険料は継続して支払っていた<br><small>※下線のいずれかを○で囲んでください</small><br><input type="checkbox"/> 初診日当時は <u>自営業・専業主婦・学生・無職</u> であり、国民年金保険料を継続して払った記憶がない<br><small>※下線のいずれかを○で囲んでください</small><br><input type="checkbox"/> その他※ご記入ください⇒ ( ) |

【 初診から現在までの状況 】

|            |   |
|------------|---|
| 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、<br>医師からの指示事項、日常生活の状況（不自由さ）など |
| 医療機関名      |   |

|   |  |
|---|--|
| <p>年 月 日～</p> <p>年 月 日</p>              |  |
| <p>医療機関名</p> <p>年 月 日～</p> <p>年 月 日</p> |  |
| <p>医療機関名</p> <p>年 月 日～</p> <p>年 月 日</p> |  |
| <p>医療機関名</p> <p>年 月 日～</p> <p>年 月 日</p> |  |

【 特 記 事 項 】