

相 談 票

○わかる範囲で結構ですので、ご記入のうえご相談当日にお持ちください。

申請手続きをスムーズに進めるためにもご協力願います。

ご記入日 令和 年 月 日

氏名・性別	(旧姓) 男 ・ 女
基礎年金番号	
住 所	〒 -
電話番号	ご自宅 - - 携帯 - -
メールアドレス	
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)
傷病名	
初診日	昭和・平成・令和 年 月 日 (当該傷病で初めて診療を受けた日)
障害認定日 ご記入は不要です。	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
初診日における年金加入 状況	国民年金 厚生年金 共済年金
初診日以前における 年金保険料の 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していた。 初診日前1年以上は継続して勤務していた。 <input type="checkbox"/> 初診日当時は、国民年金に加入し継続して保険料を支払っていた。 自営業 専業主婦 学生 無職 いずれかを○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た記憶がない。 自営業 専業主婦 学生 無職 いずれかを○で囲んでください。 <input type="checkbox"/> その他 ()欄にご記入ください。 ()
身障者手帳の有無	手帳名 () 級 交付を受けた日付 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
家族構成	配偶者の有無 有 ・ 無 子供(18歳未満) 名
	配偶者 お名前 (旧姓) 生年月日 (昭・平・令 年 月 日) 基礎年金番号 (-)
障害年金を知った キッカケ	ホームページ 情報誌(さふら) 知人 その他()

1. 発病から初診日～現在までの症状・治療内容

時系列的にご記入ください、

ご記入日 令和 年 月 日

病院名と診療期間	症状・通院期間・通院頻度・入院期間・治療内容・お薬等
発病日 昭和・平成・令和 年 月 日	
病院名() 初診日 昭和・平成・令和 年 月 日 受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日)	
病院名() 受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日)	
病院名() 受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日)	
病院名() 受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日)	
病院名() 受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日)	
病院名() 受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日)	

2.就労状況

時系列的にご記入ください。

名称(会社名等)	勤務期間
	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日

3.ご相談当日にお持ちいただく書類等

※ご用意いただける書類等で結構ですのでお持ちください。

- 年金手帳 本人及び配偶者
- 基礎年金番号通知書
- 印鑑(認め印)
- この書類(ご記入いただいたもの)
- 診察券・診察時の領収書
- お薬手帳・お薬の領収書
- 身障者手帳
- 診断書写し(前の診断書がある場合)
- 労災関係書類(傷病が労災の場合)
- 定期健康診断の結果

以上