※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（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　　　日症　状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 初診日と医療機関名 | 初診日　　平成　　　　年　　　月　　　日医療機関名　　 |
| 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）※右のボックス（□）にチェックを入れてください分からない場合は無記入でも結構です | * 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
* 初診日当時は自営業・専業主婦・学生・無職であり、国民年金保険料は継続して支払っていた

※下線のいずれかを○で囲んでください* 初診日当時は自営業・専業主婦・学生・無職であり、国民年金保険料を継続して払った記憶がない

※下線のいずれかを○で囲んでください* 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、医師からの指示事項、日常生活の状況（不自由さ）など |
| 医療機関名年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |  |
| 医療機関名　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 |  |
| 医療機関名　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 |  |
| 医療機関名　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |  |

【 特 記 事 項 】