※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 】