

**※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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 国民年金 厚生年金 共済年金 </div>
<p>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)</p> <p>※右のボックス (□) にチェックを入れてください</p> <p>分からない場合は無記入でも結構です</p>	<p><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</p> <p><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 ※下線のいずれかを○で囲んでください</p> <p><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 ※下線のいずれかを○で囲んでください</p> <p><input type="checkbox"/> その他※ご記入ください⇒ ()</p>

【 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)	(通院回数 回／月・週) (就労日数 日／1ヶ月) (入院期間 月 日～ 月 日)
(受診期間) 年 月 日～ 年 月 日	
(医療機関名)	(通院回数 回／月・週) (就労日数 日／1ヶ月) (入院期間 月 日～ 月 日)
(受診期間) 年 月 日～ 年 月 日	
(医療機関名)	(通院回数 回／月・週) (就労日数 日／1ヶ月) (入院期間 月 日～ 月 日)
(受診期間) 年 月 日～ 年 月 日	
(医療機関名)	(通院回数 回／月・週) (就労日数 日／1ヶ月) (入院期間 月 日～ 月 日)
(受診期間) 年 月 日～ 年 月 日	

【 特記事項 】