

障害基礎年金 相談事前シート

(医療機関に関する内容は、必ず医療機関に確認の上ご記入ください。)

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名		基礎年金番号				
住所	久喜市	電話				
来庁者氏名		本人との関係				

1. 障害年金で請求を考えている病気を教えてください。

2. どのような障害がありますか。

3. 障害者手帳、療育手帳を持っているかどうかを教えてください。あてはまるものにレ点をしてください。

これらの手帳を持っている、もしくは持っていた場合は、手帳の種類等について教えてください。

<input type="checkbox"/>	持っている	手帳の種類 <input type="checkbox"/> 身体 級 <input type="checkbox"/> 精神 級 <input type="checkbox"/> 療育 判定 _____
<input type="checkbox"/>	持っていた	初めて手帳を交付された年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/>	持っていない	
<input type="checkbox"/>	申請中	申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4. 1.に記載の病気の関係で初めて病院に通った時のことを教えてください。

(障害年金を初めて申請するうえで、初診日を特定し、初診日の証明書・診断書が必要となるためお聞きします)

【病院について】

(1) 初めて通った病院はどこですか

※病名が判明した病院よりも前に異変を感じて通院した場合はその病院名を書いてください

※症状が変わらず病名が変更になっただけの場合も最初に通った病院名を書いてください。

(例) 最初の病院で不安症と診断。次の病院でうつ病と言われた。→不安症と診断された病院名を書いてください。

【初診日について】

(2) (1)の病院で初めて診察してもらった日はいつですか？

昭和・平成・令和 年 月 日 ※この日に厚生年金・共済年金・国民年金第3号被保険者の方は年金事務所へご相談ください。

【カルテについて】

(3) (1)の病院で診察してもらっていた時のカルテの有無を病院に確認してください。

あり・なし (医療機関確認日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 確認方法: 直接・電話・その他 _____)

5. 障害年金で請求しようとする病気にかかわる病状の治療のために通った病院の通院歴をすべて教えてください。

(初診の病院から現在までに通院した病院をすべて記入してください。ただし、請求しようとしている病気に関係のない通院歴は書かないでください。)

	病院名	病名	通院期間	カルテの有無	診断書記載の可否
1	4.(1)で記載の病院名		年 月 日から 年 月 日まで	有・無	可・不可
2			年 月 日から 年 月 日まで	有・無	可・不可
3			年 月 日から 年 月 日まで	有・無	可・不可
4			年 月 日から 年 月 日まで	有・無	可・不可