

※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	<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 <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 <small>※下線のいずれかを○で囲んでください</small> <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 <small>※下線のいずれかを○で囲んでください</small> <input type="checkbox"/> その他※ご記入ください⇒（ <div style="text-align: right;">）</div>

【 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 】