

相 談 シ ー ト

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名（旧姓）・性別	(旧姓：) 男・女
基礎年金番号	
住所	〒 -
電話番号	自宅： - - 携帯： - -
メールアドレス	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
傷病名	
初診日	昭和・平成 年 月 日
初診日の年金加入状況	国民年金 厚生年金 共済年金
初診日以降の 保険料納付状況 <small>(いずれか該当するものに✓を入れてください。)</small>	<input type="checkbox"/> 初診日当時は厚生年金または共済年金に加入 1年以上は継続して就職していた <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた <small>自営業 専業主婦 学生 無職 ※いずれか○で囲んでください</small> <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた記憶がない <small>自営業 専業主婦 学生 無職 ※いずれかまるで囲んでください</small> <input type="checkbox"/> その他 ※ご記入ください ()
障害者手帳の有無	手帳名 () 級 交付日 年 月 日
家族構成	配偶者 有・無 子ども (18歳以下) 人 配偶者氏名・ふりがな () 生年月日 () 子ども氏名・ふりがな () 生年月日 () 子ども氏名・ふりがな () 生年月日 ()
ご送付又はご持参いただくもの	① 年金手帳 ② 印鑑 (シャチハタ以外。三文判可能) ③ この用紙 ④ 障害者手帳の写し (持っている場合) ⑤ 申請時に使用した診断書の写し (障害者手帳を持っている場合) ⑥ 年金が振込まれる通帳のコピー (見開き一枚目：カタカナ氏名・支店名・口座番号等が掲載されているページ) ⑦ マイナンバーカードの写し (ない場合は個人番号が分かるもの) ※配偶者と18歳未満の高校卒業の年度末までの子の分も ⑧ その他、参考になる資料等

発症～初診日から現在までの状況

<p>病院名と受診期間</p>	<p>自覚症状・通院頻度・治療内容・日常生活の状況（日常生活や労働における支障や不自由さ）等・薬の名称・仕事の状況・医師からの指示事項など</p>
<p>発病日 (昭和・平成 年 月 日)</p>	<p>発病日とその時の症状</p>
<p>初診日の病院名 () 初診日 (昭和・平成・令和 年 月 日) 受診期間 (昭和/平成/令和 年 月 日～ 昭和/平成/令和 年 月 日)</p>	
<p>病院名 () 受診期間 (昭和/平成/令和 年 月 日～ 昭和/平成/令和 年 月 日)</p>	
<p>病院名 () 受診期間 (昭和/平成/令和 年 月 日～ 昭和/平成/令和 年 月 日)</p>	
<p>病院名 () 受診期間 (昭和/平成/令和 年 月 日～ 昭和/平成/令和 年 月 日)</p>	