

【事前準備シート】  
※すぐに分かる範囲でのご記入で結構です。

記入日 令和 年 月 日

ふりがな 氏名・性別	男・女			
基礎年金番号	—			
住所	〒 —			
電話番号	自宅： — — 携帯： — —			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)			
傷病名				
初診日	昭和・平成・令和 年 月 日			
初めて病院に 行ったのは いつですか？				
障害認定日 ※記入不要です	昭和・平成・令和 年 月 日			
初診日というのは、(現在お困りの症状で一番初めに病院に行かれた日の事です) この初診日から1年6ヶ月後が障害認定日と言って、この障害認定日での障害の程度によって、 障害年金の等級が判断されます。				
初診日の年金加入状況	国民年金 厚生年金 共済年金 未加入			
初診日以前の 年金保険料納付状況 (いずれか該当するものに ✓を入れて下さい)	<input type="checkbox"/> 初診日当時は厚生年金または共済年金に加入 1年以上は継続して在職していた <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 自営業 専業主婦 学生 無職 ※いずれか○で囲んでください <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 自営業 専業主婦 学生 無職 ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> その他 ※ご記入下さい ( )			
障害者手帳の有無	手帳名 ( )、 級・ 無			



病院名 ( )  受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日)	
病院名 ( )  受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日)	
病院名 ( )  受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日)	
病院名 ( )  受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日)	
病院名 ( )  受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日)	

病院名 ( )  受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	
---	--

病院名 ( )  受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	
病院名 ( )  受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	