記入日　　平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ・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　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 障害認定日  ※記入不要です | 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） | * 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   * 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　　※いずれか〇で囲んでください   * 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　　※いずれか〇で囲んでください   * その他　※ご記入下さい   （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 障害者手帳の有無 | 手帳名（　　　　　　　　　　　　）、　　　　級・　　無 |
| 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 | ネット検索　　新聞広告　　病院の紹介　　知人の紹介　　その他 |

1.　発症～初診日～現在までの状況

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名と受診期間 | 自覚症状・通院頻度・治療内容・日常生活の状況（不自由さ）等 |
| 発症日  (昭和･平成　　　　 年 　　 月 　　　日) | 発症当時の症状 |
| **初診日**(昭和･平成　　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) |  |
| 病院名  (　　　　　　　　　　　 　　　　　　　)  受診期間  (昭和･平成　　 年 　　月 　　日～  　　年　　月　　日) |  |