


 障害年金相談シート 

受付日 年 月 日

1. 基本項目

フリガナ 氏名	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)
郵便番号 住所	〒
電話番号 FAX 番号	
メールアドレス	
家族構成	配偶者： 有 ・ 無 / 子(18歳未満)： 人
傷病の名称	
初めて医療機関において 受診した日	昭和・平成 年 月 日 医療機関名 ()
初めて受診した当時 加入していた年金制度	厚生年金 国民年金 共済年金
保険料の納付状況	未納あり 未納なし わからない
障害者手帳の有無	有 ・ 無 手帳名() 級
自覚している症状	

 障害年金相談シート 

2. 初診日から現在までの状況

医療機関名・受診した期間	自身の症状、治療の内容、通院の回数 仕事の状況 日常生活の支障の程度（不自由さ）
医療機関名 () S・H 年 月 日 ~ S・H 年 月 日	
医療機関名 () S・H 年 月 日 ~ S・H 年 月 日	
医療機関名 () S・H 年 月 日 ~ S・H 年 月 日	
医療機関名 () S・H 年 月 日 ~ S・H 年 月 日	
医療機関名 () S・H 年 月 日 ~ S・H 年 月 日	
医療機関名 () S・H 年 月 日 ~ S・H 年 月 日	
医療機関名 () S・H 年 月 日 ~ S・H 年 月 日	

3. 特記事項

--