

障害年金相談シート

ささき社会保険労務士事務所

090-4106-7080

*わかる範囲でご記入ください！

記入日 年 月 日

(氏名)	(生年月日)	(基礎年金番号)
(住所) 〒		
(電話番号)	(携帯)	(E-mail)
(会社名)	(通勤方法)	(通勤時間)
<input type="checkbox"/> 就労していない(無職) <input type="checkbox"/> 休業中 (傷病手当 有 ・ 無)	<input type="checkbox"/> 体力に自信がない <input type="checkbox"/> 医師から止められている <input type="checkbox"/> 働く意欲がない <input type="checkbox"/> 適切な職場がない <input type="checkbox"/> その他	
(配偶者氏名)	(配偶者生年月日)	(配偶者基礎年金番号)
(子の氏名)	(子の生年月日)	(障害状態 有・無 等)
(傷病名)	(発病日)	
(発病日から病院に行くまでの症状)		
障害者手帳の有無 有 ・ 無	(その他の受給有無) 遺族年金・労災保険・生活保護・損害賠償・その他	

〔初診日〕

(この病気で初めてかかった病院名)	(初診日) 年 月 日
(初診日のときの加入年金) ・国民年金 ・厚生年金保険 ・共済年金	

〔初診日から現在までの状況〕

医療機関名と受診期間	症状、通院回数、治療内容、薬の名称、医師から言われたこと、日常生活の状況（不自由さ）など分かる範囲で記載して下さい。
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	