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） |
| □就労していない（無職）□休業中（傷病手当　　　有　・　無　　） | □体力に自信がない□医師から止められている□働く意欲がない□適切な職場がない□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 |  |