

## ご相談受付票

分かる範囲でのご記入で結構です。ご記入の上、相談日当日にご持参ください。

ご相談の際の正確な回答のためにもご協力をお願いいたします。

記入日 平成 28 年 月 日

氏名・性別		男・女
基礎年金番号・アドレス	—	@
住所	〒 —	
電話番号	自宅 : — — 携帯 : — —	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
傷病名		
初診日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
障害認定日	(※ご記入不要です) 昭和 ・ 平成 年 月 日	
初診日の年金加入	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 ※いずれかの□に✓をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 初診日当時は厚生年金に加入。それまで1年以上継続して在職していた(休職中も含む)。 <input type="checkbox"/> 初診日まで国民年金に加入。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 ←※いずれかを○で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 初診日まで国民年金に加入。保険料を払っていた記憶がない。 自営業 専業主婦 学生 無職 ←※いずれかを○で囲んでください。 <input type="checkbox"/> その他 ※ご記入ください ( )	
障害者手帳の有無	有 ・ 無 ※有の場合は下記もご記入ください。 手帳の種類 ( ) 級 / 年 月交付	
家族	配偶者 有 ・ 無 子(高校生以下) 人	
今回の申請は?	初めて ・ ( ) 回目 ・ 更新 ・ 審査請求 ・ 再審査請求	

→裏へ

## 1. 発症から受診までの状況

発症日（自覚症状が現れた日） （昭和・平成 年 月 日）	どんな症状があったか？どうして受診したのか？
---------------------------------	------------------------

## 2. 初診から現在までの病状

病院名と受診期間	自覚症状、受診頻度、治療内容、入院の有無、日常生活の不自由、就労状況など
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）	

相談会で特にお聞きになりたいことがありましたら、ご記入ください。

※ご記入いただいた個人情報は、ご相談に対する回答及びお客様へのご連絡が必要な場合に使用させていただきます。お客様の同意がある場合または法令により開示が必要である場合を除き、第三者への個人情報の開示はいたしません。