

| | | | | | |
|--------------------------------------|-----|---|--|--------------|-----------------------------------|
| 【相談受付票】 | | 月 日 曜日 | | ： ～ 来訪・訪問() | |
| 続柄 | 本人 | 家族() | その他() | 基礎年金番号 | - |
| 氏名 | 旧姓 | | 性別 | 男・女 | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | 固定 | | | 家族構成 | 配偶者 有・無 18歳以下(障害有なら20歳以下)の子供 人 |
| | 携帯 | | | | |
| メールアドレス | | | google or yahoo | | |
| 生年月日 | S・H | 年 | 月 | 日(歳) | ※65歳以上の場合は、 初診日が64歳以前か要確認 |
| 傷病名 | | | | | |
| 病気の症状 | | | | | |
| 障害者手帳 有・無 | | 手帳名(身・精・療) | | 級 | 交付日 年 月 日 |
| 具合が悪くなって最初に病院に行ったのはいつ頃ですか？ | | | 初診日 S・H・R 年 月 日(歳) | | |
| 認定日 | | | 認定日 年 月 日・特例 年 月 日 | | |
| その当時どこかにお勤めでしたか？ 年金の保険料を納めていましたか？ | | | はい → 厚年・共済・その他 いいえ → 自営・無職・未加入 → 納付・未納・3号 | | |
| 病歴 | | 自覚症状、通院回数、治療内容、薬の名前、医師からの指示、日常生活の状況、就労について(不自由さ)etc ※箇条書き | | | |
| 初診の 病院名 | | 認定日請求・事後重症請求・審査請求・再審査請求 | | | |
| 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | |
| 病院名 | | | | | |
| 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | |
| 病院名 | | | | | |
| 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | |
| 病院名 | | | | | |
| 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | |
| 備考 | | LINE公式アカウント、メール 受証作成案内、ヒアリングシート待ち、病院確認事項() コピー待ち | | | |

| | |
|-------------------------|---|
| 病歴 | 自覚症状、通院回数、治療内容、薬の名前、医師からの指示、日常生活の状況、就労について(不自由さ)etc ※箇条書き |
| 病院名 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 病院名 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 病院名 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 病院名 年 月 日 ~ 年 月 日 | |

【ご準備するもの】

①年金手帳 ②印鑑 ③年金機構から届いた書類(ねんきん定期便等)

④お薬手帳 ⑤障害者手帳

※その他傷病に関係しそうなものをご準備下さい。(診察券、検査結果通知書等)

【特記事項】

配偶者 年 月 日生 名前 フリガナ (旧姓)

妻の基礎年金番号

子供 年 月 日生 ()

子供 年 月 日生 ()

子供 年 月 日生 ()

