記入日　　平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ・性別 | 男・女 |
| 基礎年金番号 | 　　　　　　　　　― |
| 住所 | 〒　　　― |
| 電話番号 | 自宅：　　　　　―　　　　　　―携帯：　　　　　―　　　　　　― |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　歳） |
| 傷病名 |  |
| 初診日 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 初診日の年金加入状況 | 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（いずれか該当するものに✔を入れて下さい） | * 初診日当時は厚生年金または共済年金に加入

1年以上は継続して在職していた* 初診日当時は国民年金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　　※いずれか〇で囲んでください* 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた記憶がない

自営業　専業主婦　学生　無職　　※いずれか〇で囲んでください* その他　※ご記入下さい

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 障害者手帳の有無 | 手帳名（　　　　　　　　　　　　）・　　　　級 |
| 家族構成 | 配偶者　　　有　・　無　　　　　　子供（18歳以下）　　　　人 |
| 障害年金を知ったきっかけ | ネット検索　　新聞広告　　病院の紹介　　知人の紹介　　その他 |

1.　発症～初診日～現在までの状況

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名と受診期間 | 自覚症状・通院頻度・治療内容・（仕事の状況）・（医師からの指示事項）・日常生活の状況（不自由さ）等 |
| 発症日(昭和･平成　　　　 年 　　 月 　　　日) | 発症当時の症状 |
| 病院名(　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)**初診日**(昭和･平成　　　年 　　月 　　日)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) |  |

2.　ご持参頂くもの

* 1. 年金手帳
	2. 印鑑
	3. この紙
	4. 障害者手帳（障害者手帳を持っている場合）
	5. 申請時に使用した診断書の写し（障害者手帳を持っている場合）

≪その他　特記事項≫

今、困っていること、相談したいことなどご記入下さい

さいたま・越谷障害年金相談センター

（運営）：藤社会保険労務士事務所

〒330-0854

埼玉県さいたま市大宮区桜木町１丁目９−１８大宮三貴ビル1階

TEL：０４８－８７７－６２０６　FAX：０４８－８７７－３９５６

社会保険労務士　伊藤晶子

**記入例**

記入日　　平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ・性別 | 　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 |
| 基礎年金番号 | **1２３４**　　　　―　　　**５６７８９０** |
| 住所 | 〒**343-0808** **埼玉県越谷市○○―○○　　埼玉アパート○○○号室** |
| 電話番号 | 自宅： **０４８　―　○○○　　―　○○○○**携帯： **０９０　― ○○○○　―　○○○○** |
| メールアドレス | saitama@xxx.com |
| 生年月日 | 昭和・平成　　**53**年　　**1**月　　　**1**日　（　**37**歳） |
| 傷病名 | **うつ病** |
| 初診日 | 昭和・平成　　　**20**年　　**5**月　　**15**日 |
| 障害認定日　記入不要です | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 初診日の年金加入状況 | 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（いずれか該当するものに✔を入れて下さい） | * 初診日当時は厚生年金または共済年金に加入

✔1年以上は継続して在職していた* 初診日当時は国民年金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　　※いずれか〇で囲んでください* 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた記憶がない

自営業　専業主婦　学生　無職　　※いずれか〇で囲んでください* その他　※ご記入下さい

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 障害者手帳の有無 | 手帳名（**精神障害者保健福祉手帳**　）・　　**３**　級 |
| 家族構成 | 配偶者　　　有　・　無　　　　　　子供（18歳以下）　　**１**　人 |
| 障害年金を知ったきっかけ | ネット検索　　新聞広告　　病院の紹介　　知人の紹介　　その他 |

1.　発症～初診日～現在までの状況

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名と受診期間 | 自覚症状・通院頻度・治療内容・（仕事の状況）・（医師からの指示事項）・日常生活の状況（不自由さ）等 |
| 発症日(昭和･平成　　　**20** 年 　**4**　月 　**頃**　日) | 発症当時の症状**仕事が多忙でストレスを感じていた****意欲の低下・疲労感・不眠・食欲不振などの自覚症状があり病院の受診を決意** |
| 病院名(　　**○○メンタルクリニック**　　　　　　)初診日(昭和･平成　**20**年 　**5**月 　**15**日)受診期間(昭和･平成　　 年 　　月 　　日～　　　　　　　　　　**20**年　**12**月　**頃**　日) | **診察・検査の結果、うつ病と診断****薬処方　外来通院（月1回）****正社員・営業職（体調不良により休みがち）** |
| 病院名(　　**△△病院　精神科**　　　　　　)受診期間(昭和･平成　**21**年 　**1**月 **頃**　日～23年　6月中旬　日) | **症状が改善せず転院　紹介状あり****薬処方　外来通院（月2回）****休職（平成○年○月○日～○月○日）****食欲不振により体重減少（-10キロ）****薬を飲んでも眠れず、昼夜逆転の生活** |
| 病院名(　　**☆☆総合病院　精神科**　　　　　)受診期間(昭和･平成　**23**年 　**7**月 　**20**　日～　**26**年**11**月　**現在**日) | **症状が悪化した為、自己判断で転院　紹介状なし****薬処方　外来通院（月1～2回）****復職したが、体調不良が続き、〇年○月末で退職****無収入になったため経済的な不安が強い** |
| 病院名(　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)受診期間(昭和･平成　　 年 　　月 　　日～　　年　　　月　　　日) |  |

3.　ご持参頂くもの

* 1. 年金手帳
	2. 印鑑
	3. この紙
	4. 障害者手帳（障害者手帳を持っている場合）
	5. 申請時に使用した診断書の写し（障害者手帳を持っている場合）

≪その他　特記事項≫

今、困っていること、相談したいことなどご記入下さい

**うつ病により会社を退職。小さい子供がいる為経済的な不安が強い。**

**治療に専念できる環境を整えて、障害者枠で再就職を目指したい。**

さいたま・越谷障害年金相談センター

（運営）：藤社会保険労務士事務所

〒330-0854

埼玉県さいたま市大宮区桜木町１丁目９−１８大宮三貴ビル1階

TEL：０４８－８７７－６２０６　FAX：０４８－８７７－３９５６

社会保険労務士　伊藤晶子