

【事前準備シート】

すぐに分かる範囲でのご記入で大丈夫です。

この用紙は申請手続きを正しく把握するために記入をお願い致します。

記入日 平成 年 月 日

氏名（フリガナ）	()
性別	男性 ・ 女性
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (才)
住所	〒 -
電話番号	
メールアドレス	
傷病名	
基礎年金番号	
初診日（一番最初に病院へ行った日）	昭和 ・ 平成 年 月 日
初診日時の年金加入状況	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 ✓を入れてください）	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 初診日当日は国民年金保険料を継続して支払っていた <u>自営業 専業主婦 学生 無職</u> いずれかに○して下さい 初診日当時に加入していた年金状況が不明 その他 ()
障害年金手帳の有無	手帳名 () 級
家族構成	配偶者 有 ・ 無 子供（18歳以下） 人

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)・日常生活状況(不自由さ)
発症日 (昭和 ・ 平成 年 月 日) 仕事： してる ・ してないない 正社員 ・ パート ・ 派遣	発症当時の症状 自覚症状： 通院頻度： 治療内容： 医師からの指示： 日常生活状況：
病院名 () 初診日(昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日) 仕事： してる ・ してないない 正社員 ・ パート ・ 派遣	自覚症状： 通院頻度： 治療内容： 医師からの指示： 日常生活状況：
病院名 () 初診日(昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日) 仕事： してる ・ してないない 正社員 ・ パート ・ 派遣 紹介状 あり ・ なし	自覚症状： 通院頻度： 治療内容： 医師からの指示： 日常生活状況：
病院名 () 初診日(昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日) 仕事： してる ・ してないない 正社員 ・ パート ・ 派遣 紹介状 あり ・ なし	自覚症状： 通院頻度： 治療内容： 医師からの指示： 日常生活状況：

2 ご用意いただくもの

年金手帳

印鑑

障害者手帳（障害者手帳を持っている場合）

障害者手帳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）

3 その他

今、困っていること、相談したいことなど記入して下さい。

松山社会保険労務士事務所

代表 松山 智

〒350-0241 埼玉県坂戸市鶴舞1-5-18

TEL:049-250-8667

FAX : 049-290-2882