

ふりがな 氏名・性別	男 ・ 女
基礎年金番号	—
住所	〒 —
電話番号	自宅： — — 携帯： — —
FAXの有無・番号	有 ・ 無 番号： — —
メールアドレス	PC： 携帯：
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
傷病名	
初診日(初めて医師の 診察を受けた日)	昭和・平成 年 月 日
障害認定日 記入は不要です	昭和・平成 年 月 日
初診日以前の 年金保険料の納付状況 (いずれか該当するもの に✓を入れて下さい)	<input type="checkbox"/> 初診日当時は厚生年金または共済年金に加入していて、初診日まで1年以上継続して在職していた <input type="checkbox"/> 初診日当時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> ※いずれかを○で囲んでください <input type="checkbox"/> 初診日当時は継続して国民年金保険料の申請免除手続きをしていた <u>自営業 専業主婦 学生 無職</u> ※いずれかを○で囲んでください <input type="checkbox"/> 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 <u>自営業 専業主婦 学生 無職</u> ※いずれかを○で囲んでください
障害者手帳の有無	有 ・ 無 手帳名 () 級 交付日 昭和・平成 年 月 日
家族構成	配偶者 有 ・ 無 子供(18歳以下) 人

【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・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 () 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)	