※分かる範囲でのご記入で結構です。

申請タイミングを早めるためにもご協力ください。

　　記入例

# 相 談 票

記入日　2023年 8月10日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名・性別 | 年金　太郎　(　ねんきん たろう　)　　　　男性　・　女性 |
| 基礎年金番号 | 1234-567890 |
| 郵便番号・住所 | 〒 243-0014  神奈川県厚木市旭町1丁目24番13号　第一伊藤ビル6階 |
| 電話番号 | 自宅　046-230-6863　　　/　　　携帯　046-230-6863 |
| メールアドレス | info@kanagawachuo.com |
| 生年月日 | 昭和・平成 　58 年 8月 　12日 （ 39歳） |
| 家族構成 | 配偶者 有・　無 子供（15歳）　1人 |
| 障害年金を知ったきっかけ  （検索したキーワードなど） | うつ病　障害年金 |
| 傷病名 | うつ病 |
| 障害者手帳の有無 | 有 ・　無　　　手帳名（ 精神障碍者保険福祉手帳 ） 3 級 |
| 発病日とその時の症状 | 発病日 平成 25年 1月 30日  症 状 　眠れない、倦怠感 |
| 初診日と医療機関名 | 初診日 平成25年 2月1日  医療機関名 フェリタスクリニック　精神科 |
| 初診日の時の加入年金 | 国民年金　・ 厚生年金 ・　共済年金 |
| 初診日以前の  年金保険料の納付状況  （ご記憶の範囲で構いません）  ※右のボックス（□）に  チェックを入れてください  分からない場合は無記入  でも結構です。 | **☑** 初診日当時は厚生年金、又は共済年金に加入しており初診日以前から  少なくとも 1 年以上は継続して在職（厚生年金、又は共済年金に加入）していた  **□** 初診日当時は、国民年金保険料は継続して支払っていた  （この頃は自営業・専業主婦・学生・無職であった）←○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払った記憶がない  （この頃は自営業・専業主婦・学生・無職であった）←○で囲んでください  **□** その他※ご記入ください⇒（ ） |

【 初診から現在までの状況 】

記入例

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 医療機関名と受診期間 | 自覚症状、通院回数、治療内容など | 就労状況 |
| ① | 医療機関名  **フェリタスクリニック　精神科**  **平成25年2月1日～**  **平成25年7月30日** | 会社に行こうとすると吐き気がして、  夜も眠れませんでした。  医師と合わなかったので病院を変えました。 | 平成25年3月末で退職しました。  その後、無職です。 |
| ② | 医療機関名  **神奈川中央病院　精神科**  **平成25年8月20日～ 現在** | 食欲がなく、よく眠れません。  月1回定期的に通院しています。 | 無職です。 |
| ③ | 医療機関名 |  |  |
| ④ | 医療機関名 |  |  |
| ⑤ | 医療機関名 |  |  |

＜その他気になっていることがあれば、お書きください＞

仕事をしたいのですが、働き始めると障害年金に影響が出ますか？

＜ご希望の連絡方法をご選択ください＞

メール　・　電話

# 相 談 票

記入日　　　　年 　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名・性別 | (　　　　　　　　　　　　)　　　　男性　・　女性 |
| 基礎年金番号 |  |
| 郵便番号・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） |
| 家族構成 | 配偶者 有・　無 子供（　　歳）　　　人 |
| 障害年金を知ったきっかけ  （検索したキーワードなど） |  |
| 傷病名 |  |
| 障害者手帳の有無 | 有 ・　無　　　手帳名（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） 　　　級 |
| 発病日とその時の症状 | 発病日  症 状 |
| 初診日と医療機関名 | 初診日  医療機関名 |
| 初診日の時の加入年金 | 国民年金　・ 厚生年金 ・　共済年金 |
| 初診日以前の  年金保険料の納付状況  （ご記憶の範囲で構いません）  ※右のボックス（□）に  チェックを入れてください  分からない場合は無記入  でも結構です。 | **□** 初診日当時は厚生年金、又は共済年金に加入しており初診日以前から  少なくとも 1 年以上は継続して在職（厚生年金、又は共済年金に加入）していた  **□** 初診日当時は、国民年金保険料は継続して支払っていた  （この頃は自営業・専業主婦・学生・無職であった）←○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払った記憶がない  （この頃は自営業・専業主婦・学生・無職であった）←○で囲んでください  **□** その他※ご記入ください⇒（ ） |

【 初診から現在までの状況 】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 医療機関名と受診期間 | 自覚症状、通院回数、治療内容など | 就労状況 |
| ① | 医療機関名 |  |  |
| ② | 医療機関名 |  |  |
| ③ | 医療機関名 |  |  |
| ④ | 医療機関名 |  |  |
| ⑤ | 医療機関名 |  |  |

＜その他気になっていることがあれば、お書きください＞

＜ご希望の連絡方法をご選択ください＞

メール　・　電話