※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