

池袋・大塚障害年金相談センター（福場コンサルティング・オフィス）行き

障害年金受給要件確認票

記入日 20 年 月 日

氏名・性別	男・女
基礎年金番号（必須）	
〒・住所	
電話番号	
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（最初に病院で診察を受けた日）と医療機関	初診日 平成 年 月 日 （初診日は記憶の範囲内でかまいません） 医療機関名
初診日現在の加入保険	国民年金 ・ 厚生年金
現在の状況	就労中・休職中 ・ 無職・その他（ ）
障害者手帳の有無	手帳名（ ） ・ 級

初診日から現在までの状況

病院名と受診期間	治療内容 日常生活の状況（不自由さ）
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	

書ききれない場合、次ページにご記入ください。

初診日から現在までの状況（続き）

病院名と受診期間	治療内容 日常生活の状況（不自由さ）
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	

<その他特記事項>

〒112-0012
東京都文京区大塚 4-3 1-1