

障害基礎年金 受付点検の留意点

受診状況等証明書、受診状況等証明書が添付できない申立書の記入項目の点検について、特に注意していただきたいポイントは以下のとおりです。

◎「受診状況等証明書」

初診の医療機関で記入していただくものです。

障害年金等の請求を行うとき、その障害の原因又は誘因となった傷病で初めて明らかになることが必要です。そのために使用する証明書です。

【記入全般について】

記載内容が訂正されている場合は、訂正箇所に医師の訂正印が必要です。

医療機関による証明書のため、医療機関以外では直接メモ書きなどしないようお願いします。
(鉛筆書きも不可)

受診状況等証明書

① 氏 名 _____
 ② 傷 病 名 _____
 ③ 発 病 年 月 日 昭和・平成 年 月 日

複数の傷病名が記載されている場合は、それぞれの傷病に番号を付記するなどして、③発病年月日、⑥初診年月日もそれぞれわかるように記載されているか。

④ 傷病の原因又は誘因 _____
 ⑤ 発病から初診までの経過
 前医からの紹介状はありますか。⇒ 有 無 (有の場合)

「有」の場合は、紹介状のコピーが添付されているか。

【「有」と記載されていて添付されていない場合】
請求者を通じて、添付を求めてください。

【「有」と記載されているが添付ができない場合】
その旨を医療機関に書いてもらうか、担当者が聞き取った場合は添付できない理由を任意の紙に書いて提出してください。

※診療録に前医受診の記載がある場合 1 初診時の診療録より記載したものです。
 右の該当する番号に○印をつけてください 2 昭和・平成 年 月 日の診療録より記載したものです

⑥ 初診年月日 昭和・平成 年 月 日
 ⑦ 終診年月日 昭和・平成 年 月 日
 ⑧ 終診時の転帰 (治療・転医・中止) _____
 ⑨ 初診から終診までの治療内容及び経過の概要

②欄に関連する傷病で他の医療機関を受診していないか。前医受診の記載がある場合は、1か2のいずれかに○があるか。

【前医のある場合】

他の医療機関を受診している場合や前医からの紹介状がある場合は、前医の受診状況等証明書及び病歴・就労状況等申立書を整備してください。

⑩ 次の該当する番号(1~4)に○印をつけてください。

複数に○をつけた場合は、それぞれに基づく記載内容の範囲がわかるように余白に記載してください。

上記の記載は 1 診療録より記載したものです。
 2 受診受付簿、入院記録より記載したものです。
 3 その他 (_____) より記載したものです。
 4 昭和・平成 年 月 日の本人の申し立てによるものです。

⑪ 平成 年 月 日

医療機関名

所在地

(提出先) 日本年金機構

診療担当科名

医師氏名

1~4のいずれかに○が付されているか。複数に○が付されている場合は、上記②~⑨のどの部分が、どの根拠に基づくものが記載されているか。

(裏面をご覧ください。)

◎「受診状況等証明書が添付できない申立書」

初診の証明が取れない場合に、請求者（代筆者）が記入するものです。
記入漏れのないよう確認をお願いします。

傷病名、医療機関名、医療機関の所在地は、請求者がわかる範囲で記入しているか。

年金等の請求用

受診状況等証明書が添付できない申立書

傷病名 _____

医療機関名 _____

医療機関の所在地 _____

受診期間 昭和・平成 ____年 ____月 ____日 ~ 昭和・平成 ____年 ____月 ____日

上記医療機関の受診状況等証明書が添付できない理由をどのようなものか、次の「添付できない理由」と「確認方法」の該当する□に✓をつけ、日付を記入してください。
その他の□に✓をつけた場合は、具体的な添付できない理由や確認方法を記入してください。

病歴・就労状況等申立書に記入されている日付と一致しているか。

＜添付できない理由＞

カルテ等の診療録が残っていないため

廃業しているため

その他 _____

＜確認方法＞ 電話 訪問 その他（ _____ ）

＜添付できない理由＞のその他にチェック(✓)をしている場合は、その理由を記入しているか。

上記医療機関の受診状況などが確認できる参考資料をお持ちですか。お持ちの場合は、次の該当するものすべての□に✓をつけて、その参考資料を添付してください。お持ちでない場合は、「添付できる参考資料は何もない」の□に✓をつけてください。

＜確認方法＞のその他にチェック(✓)がされている場合は確認方法を記入しているか。

身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳

身体障害者手帳等の申請時の診断書

生命保険・損害保険・労災保険の給付申請時の診断書

事業所等の健康診断の記録

母子健康手帳

健康保険の給付記録（レセプトも含む）

お薬手帳・検診手帳・処方箋・処方箋控え（可能な限り）

小学校・中学校等の長期診断の記録、成績通知表

盲学校・ろう学校の在学証明・卒業証書

第三者証明

その他（ _____ ）

添付できる参考資料は何もない

請求者が持っている参考資料の□にチェック(✓)がされているか。

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

添付できる参考資料がない場合は、「添付できる参考資料は何もない」の□にチェック(✓)されているか。

平成 ____年 ____月 ____日

住所 _____

請求者 氏名 _____ 印 _____ ※本人自らが署名する場合 押印は不要です。

代筆者氏名 _____ 請求者との続柄 _____

(提出先) 日本年金機構 (裏面もご覧ください。)

いずれかの□にチェック(✓)がされているか。

記載見本

※実際の記載は、カルテに基づき作成いただくものです。

年金等の請求用

障害年金等の請求を行うとき、その障害の原因又は誘因となった傷病で初めて受診した医療機関の初診日を明らかにする必要があります。そのために使用する証明書です。

受診状況等証明書

① 氏 名 ○○ ○○

② 傷 病 名 **II型糖尿病**

③ 発 病 年 月 日 昭和・平成 年 **不明** 月 日

④ 傷病の原因又は誘因 **不明**

⑤ 発病から初診までの経過

前医からの紹介状はありますか。⇒ 有 **無** (有の場合はコピーの添付をお願いします。)

健康診断で尿糖を指摘され、当院を受診。平成8年12月2日の検査で糖尿病と診断。

※診療録に前医受診の記載がある場合 1 初診時の診療録より記載したものです。
右の該当する番号に○印をつけてください 2 昭和・平成 年 月 日の診療録より記載したものです。

⑥ 初診年月日 昭和・**平成** 8 年 12 月 2 日

⑦ 終診年月日 昭和・**平成** 25 年 11 月 25 日

⑧ 終診時の転帰 (治癒・**転医**・中止)

⑨ 初診から終診までの治療内容及び経過の概要

食事療法、運動療法、経口血糖降下薬の内服、インスリン注射を行っていたが、腎症が進行し末期腎不全に至り、転医となった。

⑩ 次の該当する番号 (1 ~ 4) に○印をつけてください。

複数に○をつけた場合は、それぞれに基づく記載内容の範囲がわかるように余白に記載してください。

上記の記載は **1** 診療録より記載したものです。

2 受診受付簿、入院記録より記載したものです。

3 その他 () より記載したものです。

4 昭和・平成 年 月 日の本人の申し立てによるものです。

⑪ 平成 30 年 10 月 21 日

医療機関名 **◆◆病院**

診療担当科名 **内科**

所在地 **△△市▼▼1-1-2**

医師氏名 **◆◆◆◆**



(提出先) 日本年金機構

(裏面もご覧ください。)

受診状況等証明書が添付できない申立書

傷病名 糖尿病
 医療機関名 〇〇内科クリニック
 医療機関の所在地 △△市□□3丁目12
 受診期間 昭和(平成)21年4月10日 ~ 昭和(平成)21年9月30日

上記医療機関の受診状況等証明書が添付できない理由をどのように確認しましたか。
 次の<添付できない理由>と<確認方法>の該当する□に✓をつけ、<確認年月日>に確認した日付を記入してください。
 その他の□に✓をつけた場合は、具体的な添付できない理由や確認方法も記入してください。

<添付できない理由> カルテ等の診療録が残っていないため
 廃業しているため
 その他 _____
 <確認年月日> 平成 30年 10月 10日
 <確認方法> 電話 訪問 その他 ()

上記医療機関の受診状況などが確認できる参考資料をお持ちですか。
 お持ちの場合は、次の該当するものすべての□に✓をつけて、そのコピーを添付してください。
 お持ちでない場合は、「添付できる参考資料は何もない」の□に✓をつけてください。

身体障害者手帳・療育手帳・
 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳等の申請時の診断書
 生命保険・損害保険・
 労災保険の給付申請時の診断書
 事業所等の健康診断の記録
 母子健康手帳
 健康保険の給付記録（レセプトも含む）
 お薬手帳・糖尿病手帳・領収書・診察券
 (可能な限り診察日や診療科が分かるもの)
 小学校・中学校等の健康診断の記録や
 成績通知表
 盲学校・ろう学校の在学証明・卒業証書
 第三者証明
 その他 ()
 添付できる参考資料は何もない

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

平成 00年 00月 00日

請求者 住所 △△市●●町
 氏名 〇〇 〇〇 ※本人自らが署名する場合
 印 押印は不要です。

代筆者氏名 _____ 請求者との続柄 _____

(提出先) 日本年金機構

(裏面もご覧ください。)