

障害基礎年金 相談シート（チェック表）

1. 初診日の確認をしました。

<input type="checkbox"/> 初診日は、いつですか。	(昭和・平成 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 初診日から1年6カ月経過、あるいは例外（治癒・固定）に該当し、請求時期が到来していますか。	<input type="checkbox"/> はい (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 国年・厚生どちらの被保険者期間中の初診日ですか。	<input type="checkbox"/> 国年 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> その他 []
<input type="checkbox"/> 20歳前の年金未加入時の障害ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 20歳前の障害基礎年金は、所得制限・公的年金の供給制限を確認しましたか。	<input type="checkbox"/> 20歳前 <input type="checkbox"/> 20歳後
<input type="checkbox"/> 65歳前の初診日ですか。	<input type="checkbox"/> 65歳前 <input type="checkbox"/> 65歳後
<input type="checkbox"/> 健康診断による指摘の場合、健康診断書の写しはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 初診日が不明な場合、確定できない場合について、ご説明しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 平成6年11月9日前に不支給処分を受けたことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

2. 保険料納付要件の確認をしました。(年金事務所回答：回答者 確認日 / /)

<input type="checkbox"/> 20歳前障害に該当しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 初診日の前日までに納付・免除がなされていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 初診日の属する月の前々月までの直近1年間に未納はないですか。(65歳未満に限る)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> 平成3年4月30日以前の初診日の場合、初診月前の直近基準月(1・4・7・10月)の前月で判断しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 昭和61年3月以前は経過措置があるが、その確認をしましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 初診日の属する前々月までの被保険者期間中3分の2以上が納付済又は免除期間で満たされていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 老齢基礎年金の繰上げ請求をしていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

3. 請求用紙等の配布をしました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 請求は本来（認定日）請求か、事後重症、はじめて2級か確認しましたか。 | <input type="checkbox"/> 本来請求
<input type="checkbox"/> 事後重症
<input type="checkbox"/> はじめて2級 |
| <input type="checkbox"/> 障害年金請求書の種類を確認しましたか。 | <input type="checkbox"/> 基礎
<input type="checkbox"/> 厚生 |
| <input type="checkbox"/> 診断書は何枚必要ですか。
<input type="checkbox"/> 本来（認定日）請求で1年を経過していますか。
<input type="checkbox"/> 経過している <input type="checkbox"/> 経過していない
※1年を経過している場合は、障害認定日から3か月以内の診断書と請求日以前3か月以内の診断書が必要です。
※はじめて2級の場合には診断書が2枚必要です。 | <input type="checkbox"/> () 枚
(1.眼 2.聴覚 3.肢体 4.精神
5.呼吸器 6.循環器 7.腎肝糖
8.その他) |
| <input type="checkbox"/> 20歳前障害の場合、「20歳到達前後3か月の診断書」または「特児手当診断書」はありますか。 | <input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> 心電図、レントゲンフィルムが必要な病名ですか。 | <input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> 心電図
<input type="checkbox"/> レントゲンフィルム
(病名)
<input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> 初診時医療機関と診断書作成医療機関は同じですか。 | <input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> 初診時医療機関と診断書作成医療機関が異なる場合、「受診状況等証明書」も必要であることを説明しましたか。 | <input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> アンケートの必要な傷病ですか。 | <input type="checkbox"/> はい
先天性障害（眼、耳、股関節疾患）、
肺、心臓、腎臓・膀胱、肝臓、
糖尿病等
<input type="checkbox"/> いいえ |

4. その他の事項について確認しました。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 他年金の受給があるか確認しましたか。
※他年金を受給している場合は「選択届出書201号 ・202号」が必要となります。 | <input type="checkbox"/> はい
()
<input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> 請求者は加給年金の対象者となっていますか。 | <input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 受給中 |
| <input type="checkbox"/> 業務上の傷病に起因したものですか。 | <input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> 業務上の傷病に起因した場合、労災年金等の受給はありますか。 | <input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 受給中 |
| <input type="checkbox"/> 障害年金の受給権を得ると、障害手当金が受給できないことを説明しましたか。 | <input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> 請求した傷病以外で治療中の傷病や、投薬はありますか。 | <input type="checkbox"/> はい
()
<input type="checkbox"/> いいえ |

次回訪問時依頼資料にかかる注意点

チェックボックス	書類名	注意事項
□	受診状況等証明書	診断書作成医療機関と同じ場合は不要
□	受診状況等証明書が添付できない理由書	受診状況等証明書が添付できない場合
□	病歴・就労状況等申立書	
□	診断書 枚 眼・聴覚・肢体・精神 呼吸器・循環器・腎肝糖 その他	障害認定日の診断書 ・ 障害認定日以後3カ月以内の現症が記載された診断書 ・ 障害認定日から1年以上経過している場合は請求日以前3カ月以内の診断書 請求時の診断書 ・ 請求日から3カ月以内の診断書 ・ 20歳前に初診日がある場合は前後3カ月以内の診断書
□	年金請求書 (国民年金障害基礎年金)	
□		