

# 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・令和 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・令和 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。（任意）	<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、障害年金を受け取ることが出来ない場合があることをご説明しましたか。 ※複数の方からの第三者証明などで代替できる場合があります。	<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<br><input type="checkbox"/> 事後重症<br><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<br><input type="checkbox"/> 厚生   |
| <input type="checkbox"/> 診断書は何枚必要ですか。<br><input type="checkbox"/> 本来（認定日）請求で1年を経過していますか。<br><input type="checkbox"/> 経過している <input type="checkbox"/> 経過していない<br>※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。<br>※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<br>(1.眼 2.聴覚 3.肢体 4.精神<br>5.呼吸器 6.循環器 7.腎肝糖<br>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<br><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<br><input type="checkbox"/> 心電図<br><input type="checkbox"/> レントゲンフィルム<br>(病名 )<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> いいえ  |
| <input type="checkbox"/> 過去に同一傷病かつ同一初診日で不支給となった場合、前回の初診日証明書類を使用するか確認しましたか  | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ  |
| <input type="checkbox"/> 調査票の必要な傷病ですか。   | <input type="checkbox"/> はい<br>先天性障害（眼、耳、股関節疾患）、<br>肺、心臓、腎臓・膀胱、肝臓、<br>糖尿病等<br><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。<br>※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<br>( )<br><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<br><input type="checkbox"/> いいえ<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> いいえ<br><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<br><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<br>( )<br><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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	初診日に関する第三者からの申立書	
<input type="checkbox"/>	病歴・就労状況等申立書	
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	年金請求書 (国民年金障害基礎年金)	
<input type="checkbox"/>		