

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年月日を明らかにすることが必要です。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 _____
③ 発 病 年 月 日 昭和・平成 年 月 日 _____
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 (有の場合はコピーの添付をお願いします。)

.....
.....
.....

※診療録に前医の記載がある場合 1 初診時の診療録で確認したものです。
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 日の診療録で確認したものです。

- 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

.....
.....
.....
.....
.....

- ⑩ 次に該当する番号(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 当時の診療録により記載したものです。
2 当時の受診受付簿、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	診療担当科名
所在地	医師氏名
	印

(提出先) 日本年金機構