# 受診状況等証明書

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ことが必要です。そのために使用する証明書です。

年金の請求用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①氏名 | |  | | | | | | |
| ②傷病名 | |  | | | | | | |
| ③発病年月日 | | 昭和　平成　令和 |  | 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。） | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  |

※診療録に前医受診の記載がある場合右の該当する番号を選択してください。  
数字をクリックで〇が付きます

初診時の診療録より記載したものです。  
昭和　平成　令和　　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　令和 | | | | |  | | 年 |  | 月 |  | 日 |
| ⑦終診年月日 | | | 昭和　平成　令和 | | | | |  | | 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 次の該当する番号（1~4）に印をつけてください。数字をクリックで〇が付きます 複数に〇をつけた場合は、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 | | 診療録より記載したものです。  受診受付簿、入院記録より記載したものです。  その他（ ）より記載したものです。  昭和　平成　令和　　年　　月　　日の本人の申し立てによるものです。 | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑪令和 | |  | 年 |  | 月 |  | 日 | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | |  | | | | | 診療担当科名 | |  | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | 医師氏名 | |  | | | | | | | |

（提出先：日本年金機構）