

病歴・就労状況等申立書の提出にあたって

- 病歴状況
「1～5」には、発病から順番に現在までの状況について、期間をあげずに記入してください。
1つの期間が、5年を超える場合は、その期間を3～5年ごとに区切って記入してください。
- 「医療機関に受診している期間」
医療機関に受診している場合は、「受診した」を○で囲んで、「医療機関名」を記入してください。
- 「医療機関に受診していなかった期間」
医療機関に受診していなかった場合は、「受診していない」を○で囲んでください。

病歴・就労状況等申立書 No. — 枚中

(請求する病気やけがが複数ある場合は、それぞれ用紙を分けて記入してください。)

病歴状況	傷病名	発病日	昭和・平成・令和 年 月 日	初診日	昭和・平成・令和 年 月 日
記入する前にお読みください。 ○ 次の欄には障害の原因となった病気やけがについて、発病したときから現在までの経過を年月順に期間をあげずに記入してください。 ○ 受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師から指示された事項、転院・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入してください。 ○ 受診していなかった期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などについて具体的に記入してください。 ○ 健康診断などで障害の原因となった病気やけがについて指摘されたことも記入してください。 ○ 同一の医療機関を長期間受診していた場合、医療機関を長期間受診していなかった場合、発病から初診までが長期間の場合は、その期間を3年から5年ごとに区切って記入してください。					
1	医療機関名	昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない			発病したときの状態と発病から初診までの間の状況(先天性疾患は出生時から初診まで)
2	医療機関名	昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない			左の期間の状況
3	医療機関名	昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない			左の期間の状況
4	医療機関名	昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない			左の期間の状況
5	医療機関名	昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない			左の期間の状況

※裏面も記入してください。

- 枚数
複数枚記入した場合は、順番と記入した枚数を数字で記入してください。
(例) 全部で2枚作成した場合
1枚目 → No.1 - 2枚中
2枚目 → No.2 - 2枚中

- 傷病名
障害年金を請求する傷病(診断書の傷病)を記入してください。

- 初診日
初めて診療を受けた日を記入してください。
生来性の知的障害(精神遅滞)の場合は出生日を記入してください。

- 発病日
自覚症状が現れた日を記入してください。
自覚症状が現れる前に次のようなことがありましたら、その日を記入してください。
 - 先天性疾患の場合は、症状を自覚したときまたは検査で異常が発見された日
 - 生来性の知的障害(精神遅滞)の場合は出生日

1.障害認定日頃の状況
 障害認定日による請求を希望される場合に記入してください。

2.現在（請求日頃）の状況

- 事後重症による請求を希望される場合に記入してください。
- 障害認定日による請求を希望される場合で、障害認定日と請求日が1年以上離れている場合は、
 「1.障害認定日（昭和・平成・令和 年 月 日）頃の状況」
 「2.現在（請求日頃）の状況」
 の両方を記入してください。

○日常生活について
 日常生活において本人がどのくらいの不自由さを感じているかを記入してください。
 主治医に確認する必要はありません。

就労・日常生活状況	1. 障害認定日（初診日から1年6月目または、それ以前に治った場合は治った日）頃と 2. 現在（請求日頃）の就労・日常生活状況等について該当する太枠内に記入してください。	
1. 障害認定日（昭和・平成・令和 年 月 日）頃の状況を記入してください。	就労していた場合 就労していた状況	職種（仕事の内容）を記入してください。 通勤方法を記入してください。 通勤時間（片道） 時間 分 出勤日数を記入してください。 障害認定日の前月 日 障害認定日の前々月 日 仕事中や仕事が終わった時の身体の調子について記入してください。 仕事をしていなかった（休職していた）理由すべて○で囲んでください。 なお、オを選んだ場合は、具体的な理由を（ ）内に記入してください。 ア 体力に自信がなかったから イ 医師から働くことを止められていたから ウ 働く意欲がなかったから エ 働きたかったが適切な職場がなかったから オ その他（理由 ）
	日常生活状況	日常生活の制限について、該当する番号を○で囲んでください。 1 → 自給的にできた 2 → 自給的にできたが補助が必要だった 3 → 自給的にできないが補助があればできた 4 → できなかった その他日常生活で不便に感じることがありましたら記入してください。
	日常生活状況	着替え (1・2・3・4) 洗面 (1・2・3・4) トイレ (1・2・3・4) 入浴 (1・2・3・4) 食事 (1・2・3・4) 散歩 (1・2・3・4) 家事 (1・2・3・4) 洗濯 (1・2・3・4) 掃除 (1・2・3・4) 買物 (1・2・3・4)
2. 現在（請求日頃）の状況を記入してください。	就労している場合 就労している状況	職種（仕事の内容）を記入してください。 通勤方法を記入してください。 通勤時間（片道） 時間 分 出勤日数を記入してください。 請求日の前月 日 請求日の前々月 日 仕事中や仕事が終わった時の身体の調子について記入してください。 仕事をしていない（休職している）理由すべて○で囲んでください。 なお、オを選んだ場合は、具体的な理由を（ ）内に記入してください。 ア 体力に自信がないから イ 医師から働くことを止められているから ウ 働く意欲がないから エ 働きたいが適切な職場がないから オ その他（理由 ）
	日常生活状況	日常生活の制限について、該当する番号を○で囲んでください。 1 → 自給的にできた 2 → 自給的にできたが補助が必要だった 3 → 自給的にできないが補助があればできた 4 → できなかった その他日常生活で不便に感じていることがありましたら記入してください。
	日常生活状況	着替え (1・2・3・4) 洗面 (1・2・3・4) トイレ (1・2・3・4) 入浴 (1・2・3・4) 食事 (1・2・3・4) 散歩 (1・2・3・4) 家事 (1・2・3・4) 洗濯 (1・2・3・4) 掃除 (1・2・3・4) 買物 (1・2・3・4)
障害者手帳	障害者手帳の交付を受けていますか 1 受けている 2 受けていない 3 申請中 交付されている障害者手帳の交付年月日、等級、障害名を記入してください。 ① 身・精・療・他() 昭和・平成・令和 年 月 日(級) 障害名() ② 身・精・療・他() 昭和・平成・令和 年 月 日(級) 障害名() ※ 略字の種類 身→身体障害者手帳 精→障害者手帳 療→療育手帳 精→精神障害者保健福祉手帳 他→その他の手帳	
令和 年 月 日	請求者	現在所
代筆者	氏名	電話番号
	請求者からみた続柄	

○職種
 仕事の内容を具体的に記入してください。
 (例) 飲食店で接客業務
 工事現場で交通誘導員
 派遣先でデータ入力業務

○就労していない（いなかった）場合
 休職中だった場合にも理由を記入してください。

○申立者

- 請求者の現住所、氏名、電話番号を記入してください。
- 代筆者が作成した場合は、代筆者の氏名、電話番号、請求者からみた続柄を記入してください。

病歴・就労状況等申立書

No. 1 - 1 枚中

表面

(請求する病気やけがが複数ある場合は、それぞれ用紙を分けて記入してください。)

病歴状況	傷病名	糖尿病・慢性腎不全
発病日	平成 23 年 4 月 頃 日	初診日
		平成 25 年 5 月 7 日
<p>記入する前にお読みください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 次の欄には障害の原因となった病気やけがについて、発病したときから現在までの経過を年月順に期間をあけずに記入してください。 ○ 受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師から指示された事項、転医・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入してください。 ○ 受診していない期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などについて具体的に記入してください。 ○ 健康診断などで障害の原因となった病気やけがについて指摘されたことも記入してください。 ○ 同一の医療機関を長期間受診していた場合、医療機関を長期間受診していなかった場合、発病から初診までが長期間の場合は、その期間を3年から5年ごとに区切って記入してください。 		
1	<p>平成 23 年 4 月 頃 日から 平成 23 年 4 月 頃 日まで</p> <p><input type="checkbox"/> 受診した ・ <input checked="" type="checkbox"/> 受診していない</p> <p>医療機関名</p>	<p>発病した時の状態と発病から初診までの間の状況（先天性疾患は出生時から初診まで）</p> <p>平成23年の健康診断で糖異常が認められた。再検査を指示されたが自覚症状がなく、仕事も私生活も通常どおりできたので検査を受けずにいた。その後も軽い倦怠感を感じるものの、通常どおり出勤していた。</p>
2	<p>平成 23 年 5 月 7 日から 平成 26 年 4 月 30 日まで</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない</p> <p>医療機関名</p> <p>〇〇クリニック</p>	<p>左の期間の状況</p> <p>平成25年の健康診断でも糖異常が指摘された。体重減少、のどの渇きなどの自覚症状もあったため、内科を受診した。再検査の結果、糖尿病を指摘され、食事療法と定期検査を指示された。受診回数は月1回。</p>
3	<p>平成 26 年 5 月 1 日から 平成 27 年 12 月 5 日まで</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない</p> <p>医療機関名</p> <p>△△病院</p>	<p>左の期間の状況</p> <p>平成26年5月に自宅を引っ越したため転院することとなった。しばらくは月1回のペースで通院していたが、腎機能も悪化してきたため通院回数を増やすようと言われた。医師からは、このまま悪化すると1年以内に透析を開始することになると言われた。受診回数は月1~2回。</p>
4	<p>平成 27 年 12 月 6 日から 元号を導んでください 年 現 月 在 日まで</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない</p> <p>医療機関名</p> <p>〇〇透析クリニック</p>	<p>左の期間の状況</p> <p>平成27年12月になると薬による治療が限界となり、人工透析を開始できるようシャント造設の手術を受けなければならなくなった。そのため左記病院を受診。平成28年2月に手術を行った。その後、しばらく経過をみていたが、クレアチニンの数値が上昇し、足にむくみなどが現れたため同年4月1日から血液透析を開始することとなった。（下に続く）</p>
5	<p>令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない</p> <p>医療機関名</p> <p>同上</p>	<p>左の期間の状況</p> <p>医師からは定期的に透析（月、水、金の週3回）を受けるよう指示された。現在の状態は安定しているが、慢性的な倦怠感、疲労感があり、とくに透析後はだるさが抜けない。ときに自分一人では日常のことができないこともあり、家族の援助を受けて生活している。</p>

※裏面（署名欄）も記入してください。

請求する傷病名を記入してください。
糖尿病の治療をしており、糖尿病を原因とする慢性腎不全になった方は、糖尿病と慢性腎不全の両方を記入してください。

糖尿病の治療をしており、糖尿病を原因とする慢性腎不全になった方は、糖尿病の発病から現在までの状況を記載してください。

発病から初診日までの状況を記入してください。

初診日からの状況を順に記入してください。
1つの医療機関を長期間受診している場合は、その期間を3~5年ごとに区切って記入してください。

初診日は、初めて医師の診療を受けた日を記入してください。
健診日（健康診断・人間ドック等）は、原則として初診日としては扱いません。

糖尿病の治療をしており、糖尿病を原因とする慢性腎不全になった方は、発病日及び初診日も糖尿病について記載してください。

糖尿病の治療をしており、糖尿病を原因とする慢性腎不全になった方は、糖尿病の発病から現在までの状況を記載してください。

請求傷病以外の傷病について記載する必要はありません。受診していても記入はしないでください。

医療機関を受診していない期間がある場合も、その記入が必要です。

発病から現在までの経過に、空いている期間がないことを確認してください。

就労・日常生活状況 1. 障害認定日（初診日から1年6月目または、それ以前に治った場合は治った日）頃と
2. 現在（請求日頃）の就労・日常生活状況等について該当する太枠内に記入してください。

1. 障害認定日（ 昭和・ 平成・ 令和 26年11月 7日）頃の状況を記入してください。

就労状況	就労している場合	職種（仕事の内容）を記入してください。 事務職
	就労していない場合	通勤方法 自家用車 通勤時間（片道） 時間 30分 出勤日数を記入してください。 障害認定日の前月 15日 障害認定日の前々月 18日 就労していない理由に すべてチェックしてください。 なお、オを選んだ場合は、具体的な理由を（ ）内に記入してください。 <input type="checkbox"/> ア 体力に自信がなかったから <input type="checkbox"/> イ 医師から働くことを止められていたから <input type="checkbox"/> ウ 働く意欲がなかったから <input type="checkbox"/> エ 働きたかったが適切な職場がなかったから <input type="checkbox"/> オ その他（理由 ）
日常生活状況	日常生活の制限について、該当する番号にチェックしてください。 1 → 自発的にできた 2 → 自発的にできたが援助が必要だった 3 → 自発的にできないが援助があればできた 4 → できなかった	着替え(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 洗面(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) トイレ(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 入浴(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 食事(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 散歩(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 炊事(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 洗濯(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 掃除(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 買物(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4)
	その他日常生活で不便に感じたことがありましたら記入してください。	

障害認定日頃の就労状況について、就労していた場合・就労していなかった場合の、どちらか一方に記入してください。

障害認定日の日付を記入してください。
障害認定日とは、原則、初診日から1年6月経過した日のことです。

なお、人工透析療法開始から3月経過した日が、初診日から1年6月経過する前である場合は、人工透析療法開始から3月経過した日が障害認定日となります。

日常生活の制限は、請求傷病による障害により、できなかったのかどうかを判断し、チェックしてください。

悪い例：普段から散歩や炊事はしないので、「4」をチェックする。

2. 現在（請求日頃）の状況を記入してください。

就労状況	就労している場合	職種（仕事の内容）を記入してください。 事務職
	就労していない場合	通勤方法 自家用車 通勤時間（片道） 時間 30分 出勤日数を記入してください。 請求日の前月 18日 請求日の前々月 19日 就労していない理由に すべてチェックしてください。 なお、オを選んだ場合は、具体的な理由を（ ）内に記入してください。 <input type="checkbox"/> ア 体力に自信がないから <input type="checkbox"/> イ 医師から働くことを止められているから <input type="checkbox"/> ウ 働く意欲がないから <input type="checkbox"/> エ 働きたいが適切な職場がないから <input type="checkbox"/> オ その他（理由 ）
日常生活状況	日常生活の制限について、該当する番号にチェックしてください。 1 → 自発的にできる 2 → 自発的にできるが援助が必要である 3 → 自発的にできないが援助があればできる 4 → できない	着替え(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 洗面(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) トイレ(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 入浴(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 食事(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 散歩(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 炊事(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 洗濯(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 掃除(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 買物(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4)
	その他日常生活で不便に感じていることがありましたら記入してください。	透析により時間が拘束される。
障害者手帳	障害者手帳の交付を受けていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1 受けている <input type="checkbox"/> 2 受けていない <input type="checkbox"/> 3 申請中
	交付されている障害者手帳の交付年月日、等級、障害名を記入してください。 その他の手帳の場合は、その名称を（ ）内に記入してください。 ※ 略字の意味 身→身体障害者手帳 療→療育手帳 精→精神障害者保健福祉手帳 他→その他の手帳	<input type="checkbox"/> 身・ <input type="checkbox"/> 精・ <input type="checkbox"/> 療・ <input type="checkbox"/> 他() ① 平成 28年 5月 9日 (1 級) 障害名(腎機能障害) <input type="checkbox"/> 身・ <input type="checkbox"/> 精・ <input type="checkbox"/> 療・ <input type="checkbox"/> 他() ② 元号を選んでください 年 月 日 (級) 障害名()

年金請求日頃の就労状況について、就労している場合・就労していない場合の、どちらか一方に記入してください。

必ず1～3のいずれかにチェックをし、交付を受けている場合は、その種類等を記入してください。

上記のとおり相違ないことを申し立てます。
令和 3 年 1 月 9 日 請求者 現住所 ××県××市××町1-1-102
代筆者 氏名 請求者からみた続柄 () 氏名 共済 年大 電話番号 012 - 345 - 6789

病歴・就労状況等申立書

No. 1 - 2 枚中

表面

(請求する病気やけがが複数ある場合は、それぞれ用紙を分けて記入してください。)

病歴状況	傷病名	うつ病
発病日	平成 23 年 12 月 頃 日	初診日 平成 24 年 4 月 2 日
<p>記入する前にお読みください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 次の欄には障害の原因となった病気やけがについて、発病したときから現在までの経過を年月順に期間をあけずに記入してください。 ○ 受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師から指示された事項、転医・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入してください。 ○ 受診していなかった期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などについて具体的に記入してください。 ○ 健康診断などで障害の原因となった病気やけがについて指摘されたことも記入してください。 ○ 同一の医療機関を長期間受診していた場合、医療機関を長期間受診していなかった場合、発病から初診までが長期間の場合は、その期間を3年から5年ごとに区切って記入してください。 		
1	平成 23 年 12 月 頃 日から 平成 24 年 4 月 1 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input checked="" type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名	発病した時の状態と発病から初診までの間の状況（先天性疾患は出生時から初診まで） 仕事が忙しくストレスが高まり、不眠が続くようになった。しばらくすると朝起きられなくなり、仕事に遅刻したりするようになった。その後も不眠は続き、食欲不振もあったので病院を受診することにした。
2	平成 24 年 4 月 2 日から 平成 24 年 7 月 31 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名 ○○クリニック	左の期間の状況 医師にかかるのと、うつ病といわれ、抗うつ剤の内服を指示された。月に2回程度通院するようと言われた。医師の指示どおり通院と服薬を続けたが、うつ症状がひどくなり、何もせず、食欲もなく、お風呂に入るのも1週間に1度がやっとだった。平成24年4月23日から平成24年6月22日まで休職。受診回数は月2回。
3	平成 24 年 8 月 1 日から 平成 25 年 9 月 3 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input checked="" type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名	左の期間の状況 症状も改善せず、医師を信頼できなくなり、受診をしなかった。服薬を中断したせいか、うつ症状は変わらず続いていたが、勤務はしていた。ただ、仕事でもボーっとすることが多く、上司から注意されたりした。
4	平成 25 年 9 月 4 日から 元号を選んでください 26 年 7 月 29 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名 △△心療内科	左の期間の状況 症状が強まったため受診した。医師からは薬をきちんと飲んで精神状態をよくしていくようと言われた。しかし、その後も精神は安定せず、イライラと不安、気力の減退がみられた。感情が制御できなくなると、家族に罵声をはいたりして、家族との関係も悪化し、さらにストレスが高まった。
5	元号を選んでください 26 年 7 月 30 日から 元号を選んでください 27 年 1 月 23 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名 △△心療内科	左の期間の状況 この間も深い落ち込み、動悸、めまいなどが続いていた。なんとか仕事には行っていたが、ミスが目立ち周囲に迷惑をかけていると思うと、ますます気力が減退した。

請求する傷病名を記入してください。

初診日は、初めて医師の診療を受けた日を記入してください。
健診日（健康診断・人間ドック等）は、原則として初診日としては扱いません。

発病から初診日までの状況を記入してください。

初診日からの状況を順に記入してください。
1つの医療機関を長期間受診している場合は、その期間を3～5年ごとに区切って記入してください。

医療機関を受診していない期間がある場合も、その記入が必要です。
発病から現在までの経過に、空いている期間がないことを確認してください。

※裏面（署名欄）も記入してください。

病歴・就労状況等申立書(続紙)

No. 2 - 2 枚中

続紙

(請求する病気やけがが複数ある場合は、それぞれ用紙を分けて記入してください。)

病歴状況	傷病名	うつ病
<p>記入する前にお読みください。</p> <p>○ 次の欄には障害の原因となった病気やけがについて、<u>現在までの経過</u>を年月順に期間をあけずに記入し、左側の空欄に通番を記入してください。</p> <p>○ 受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師から指示された事項、転医・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入してください。</p> <p>○ 受診していなかった期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などについて具体的に記入してください。</p> <p>○ 同一の医療機関を長期間受診していた場合、医療機関を長期間受診していなかった場合、その期間を3年から5年ごとに区切って記入してください。</p>		
6	<p>平成 27 年 1 月 24 日から 令和 年 月 日まで</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない</p> <p>医療機関名</p> <p>〇〇医院</p>	<p>左の期間の状況</p> <p>うつの症状が悪化したことから転院となった。一人で外に出るのが困難だったため、家族に付き添ってもらい医院に行った。 主治医から処方薬の内服と休職を指示された。 その後、うつ症状がひどくなり、薬を強いものに変えてもらったが改善せず、一人では何もできない生活となった。現在は、部屋から外に出るのも面倒で、一日中、部屋に引きこもって寝てばかりいる。 (下に続く)</p>
7	<p>令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない</p> <p>医療機関名</p> <p>同上</p>	<p>左の期間の状況</p> <p>また、最近では自分の存在意義がわからず、このまま消えて無くなってしまえば…と思うことが多い。 食事、掃除、買い物など日常生活の一切を家族にまかせて生活している。 受診回数は月2回。</p>
8	<p>元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで</p> <p><input type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない</p> <p>医療機関名</p>	<p>左の期間の状況</p>
9	<p>元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで</p> <p><input type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない</p> <p>医療機関名</p>	<p>左の期間の状況</p>
10	<p>元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで</p> <p><input type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない</p> <p>医療機関名</p>	<p>左の期間の状況</p>

※裏面も記入してください。

就労・日常生活状況 1. 障害認定日（初診日から1年6月目または、それ以前に治った場合は治った日）頃と
2. 現在（請求日頃）の就労・日常生活状況等について該当する太枠内に記入してください。

1. 障害認定日（昭和・平成・令和 26年11月7日）頃の状況を記入してください。

就労状況	就労している場合	職種（仕事の内容）を記入してください。 事務職
	就労していない場合	通勤方法 通勤時間（片道） 時間 20 分 出勤日数を記入してください。 障害認定日の前月 15 日 障害認定日の前々月 18 日 就労していない理由に すべてチェックしてください。 なお、オを選んだ場合は、具体的な理由を（ ）内に記入してください。 ア 体力に自信がなかったから イ 医師から働くことを止められていたから ウ 働く意欲がなかったから エ 働きたかったが適切な職場がなかったから オ その他（理由）
日常生活状況	日常生活の制限について、該当する番号にチェックしてください。 1 → 自発的にできた 2 → 自発的にできたが援助が必要だった 3 → 自発的にできないが援助があればできた 4 → できなかった	着替え(レ) 1 2 3 4 洗面(レ) 1 2 3 4 トイレ(レ) 1 2 3 4 入浴(レ) 1 2 3 4 食事(レ) 1 2 3 4 散歩(レ) 1 2 3 4 炊事(レ) 1 2 3 4 洗濯(レ) 1 2 3 4 掃除(レ) 1 2 3 4 買物(レ) 1 2 3 4
	その他日常生活で不便に感じたことがありましたら記入してください。	大変疲れて、何もできなかった。

障害認定日頃の就労状況について、就労していた場合・就労していなかった場合の、どちらか一方に記入してください。

障害認定日の日付を記入してください。
障害認定日とは、原則、初診日から1年6月経過した日のことです。
なお、人工透析療法開始から3月経過した日が、初診日から1年6月経過する前である場合は、人工透析療法開始から3月経過した日が障害認定日となります。

日常生活の制限は、請求傷病による障害により、できなかったのかどうかを判断し、チェックしてください。
悪い例：普段から散歩や炊事はしないので、「4」をチェックする。

2. 現在（請求日頃）の状況を記入してください。

就労状況	就労している場合	職種（仕事の内容）を記入してください。 通勤方法 通勤時間（片道） 時間 分 出勤日数を記入してください。 請求日の前月 日 請求日の前々月 日 就労していない理由に すべてチェックしてください。 なお、オを選んだ場合は、具体的な理由を（ ）内に記入してください。 ア 体力に自信がないから イ 医師から働くことを止められているから ウ 働く意欲がないから エ 働きたいが適切な職場がないから オ その他（理由）
	就労していない場合	日常生活の制限について、該当する番号にチェックしてください。 1 → 自発的にできる 2 → 自発的にできるが援助が必要である 3 → 自発的にできないが援助があればできる 4 → できない その他日常生活で不便に感じていることがありましたら記入してください。 透析により時間が拘束される。
障害者手帳	障害者手帳の交付を受けていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1 受けている <input type="checkbox"/> 2 受けていない <input type="checkbox"/> 3 申請中
	交付されている障害者手帳の交付年月日、等級、障害名を記入してください。 その他の手帳の場合は、その名称を（ ）内に記入してください。 ※ 略字の意味 身→身体障害者手帳 療→療育手帳 精→精神障害者保健福祉手帳 他→その他の手帳	<input type="checkbox"/> 身・ <input type="checkbox"/> 精・ <input checked="" type="checkbox"/> 療・ <input type="checkbox"/> 他() ① 平成 28 年 1 月 15 日 (2 級) 障害名 (うつ病) <input type="checkbox"/> 身・ <input type="checkbox"/> 精・ <input type="checkbox"/> 療・ <input type="checkbox"/> 他() ② 元号を選んでください 年 月 日 (級) 障害名 ()

年金請求日頃の就労状況について、就労している場合・就労していない場合の、どちらか一方に記入してください。

必ず1～3のいずれかにチェックをし、交付を受けている場合は、その種類等を記入してください。

上記のとおり相違ないことを申し立てます。
令和 2 年 2 月 5 日 請求者 現住所 ××県××市××町1-1-102
代筆者 氏名 請求者からみた続柄 () 氏名 年金 共子 電話番号 012 - 345 - 6789