確認用

は、記載漏れがないように注意しましょう。

年金等の請求用

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。

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。）

※診療録に前医受診の記載がある場合
右の該当する番号に○印をつけてください

1　初診時の診療録より記載したものです。
2　昭和・平成　　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　　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 次の該当する番号（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　診療録より記載したものです。
2　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

（裏面もご覧ください。）