

障害年金等の請求を行うとき、その障害の原因また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・令和 年 月 日

④ 傷病の原因または誘因 _____

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。)

.....

.....

.....

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。

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・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) 国家公務員共済組合連合会等

(裏面もご覧ください。)

記入する際のお願い

1. 「②傷病名」の欄は、障害の原因または誘因となった傷病についてご記入ください。
2. 「③発病年月日」の欄は、傷病が発病したと考えられる年月日をご記入ください。特定できない場合は、「不明」または「不詳」とご記入ください。
3. 「④傷病の原因または誘因」の欄は、傷病の原因または誘因が特定できない場合、「不明」または「不詳」とご記入ください。
4. 「⑤発病から初診までの経過」の欄は、発病から初診までの経過と併せて、診療録から前医を受診していたことが確認できる場合は、前医の医療機関名、受診期間、診療内容等もご記入ください。
また、前医からの紹介状が保管されている場合は、そのコピーの添付をお願いします。
5. 「⑥初診年月日」、「⑦終診年月日」の欄は、「②傷病名」に複数の傷病を記載した場合、それぞれの傷病に番号を付記していただき、傷病ごとの初診年月日と終診年月日がわかるようにご記入ください。
6. 「⑩」の欄は、複数の番号に○印をつけた場合、どの部分がどの記載根拠によるものかわかるように余白にご記入ください。

なお、「4 昭和・平成・令和 年 月 日の本人の申し立てによるものです。」のみに○印を付けた場合は、初診日の証明となりませんので注意してください。

◎この届書の提出先は、国家公務員共済組合連合会(〒102-8082 東京都千代田区九段南1-1-10 九段合同庁舎)です。

ご不明な点は、KKR年金相談ダイヤル 0570-080-556 (ナビダイヤル)

※0570におかけになれない場合 03-3265-8155 (一般電話) へお問い合わせください。

(個人情報の利用目的について)

国家公務員共済組合連合会における個人情報保護法第15条第1項に規定する保有個人情報の利用目的は、次のとおりです。

1. 長期給付の決定及び支払
2. 長期給付に関する情報提供
3. 宿泊事業及び医療事業等の福祉事業に関する情報提供