

ヒアリングシート

記入日： 令和 年 月 日

ふりがな 氏名(旧姓)・性別	(旧姓：) 男 ・ 女
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
基礎年金番号	-
住所	〒 -
電話番号	自宅： - - 携帯： - -
メールアドレス	@
傷病名	
初診日	昭和・平成・令和 年 月 日 ・初めて受診した医療機関名： ・現在おかけの医療機関名：
初診日の年金加入状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金
保険料納付状況 ※初診日の前日において 次のいずれかの保険料納付要件を 満たしている必要があります。	・初診日のある月の前々月までの公的年金の加入期間の3分の2以上の期間について、 保険料が納付または、免除されていること ・初診日において65歳未満であり、初診日のある月の前々月までの1年間に 保険料の未納がないこと ※20歳前の年金制度に加入していない期間に初診日がある場合は、納付要件はありません
障害者手帳の有無 有 ・ 無	手帳 (身体 ・ 精神 ・ 知的) 級 < > 障害名： 交付年月日： 昭和・平成・令和 年 月 日
家族構成	配偶者： 有 ・ 無 お子さま： 人 ※生計を維持している65歳未満の配偶者 ※生計を維持している18歳に達した年度の3月31日を迎えていない、 または1級または2級の障害状態にある20歳未満のお子さま (収入要件：前年の収入が850万円未満、または所得が655万5000円未満) ふりがな 配偶者氏名 昭和・平成 年 月 日 (歳) ふりがな お子さま氏名 平成・令和 年 月 日 (歳) ふりがな お子さま氏名 平成・令和 年 月 日 (歳)