

D.障害年金診断書/障害状態確認届内容確認書

患者氏名_____様

【住所】

〒 _____

● 障害年金診断書を申し込まれる方

受診状況等証明書	<input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない	
現症日 いつの時点の状況か	<input type="checkbox"/> 現在の状況 <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
計測値	身長 _____ cm	体重 _____ kg

● 障害状態確認届を申し込まれる方

現症日 いつの時点の状況か	<input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
計測値	身長 _____ cm	体重 _____ kg

ご記入ありがとうございました

こちらの用紙を②文書窓口にお出してください