

受診状況等証明書が添付できない申立書

傷 病 名 _____

医 療 機 関 名 _____

医療機関の所在地 _____

受 診 期 間 昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日

上記医療機関の受診状況等証明書が添付できない理由をどのように確認しましたか。
 次の<添付できない理由>と<確認方法>の該当する□に✓をつけ、<確認年月日>に確認した
 日付を記入してください。
 その他の□に✓をつけた場合は、具体的な添付できない理由や確認方法も記入してください。

<添付できない理由>	<確認年月日>	平成・令和	年	月	日
<input type="checkbox"/> カルテ等の診療録が残っていないため					
<input type="checkbox"/> 廃業しているため					
<input type="checkbox"/> その他 _____					
<確認方法>	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> その他 (_____)		

上記医療機関の受診状況などが確認できる参考資料をお持ちですか。
 お持ちの場合は、次の該当するものすべての□に✓をつけて、そのコピーを添付してください。
 お持ちでない場合は、「添付できる参考資料は何もない」の□に✓をつけてください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・療育手帳・
精神障害者保健福祉手帳 | <input type="checkbox"/> お薬手帳・糖尿病手帳・領収書・診察券
(可能な限り診察日や診療科が分かるもの) |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等の申請時の診断書 | <input type="checkbox"/> 小学校・中学校等の健康診断の記録や
成績通知表 |
| <input type="checkbox"/> 生命保険・損害保険・
労災保険の給付申請時の診断書 | <input type="checkbox"/> 盲学校・ろう学校の在学証明・卒業証書 |
| <input type="checkbox"/> 事業所等の健康診断の記録 | <input type="checkbox"/> 第三者証明 |
| <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 | <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| <input type="checkbox"/> 健康保険の給付記録 (レセプトも含む) | <input type="checkbox"/> 添付できる参考資料は何もない |

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

令和 年 月 日

請 求 者 住 所 _____
 氏 名 _____ ※本人自らが署名する場合
 印 _____ 押印は不要です。

代筆者氏名 _____ 請求者との続柄 _____

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の初診日を明らかにすることが必要とされます。一番古い受診歴のある医療機関の「受診状況等証明書」が添付できない場合は、その旨の申立、及び、医療保険の給付にかかる記録などの初診日を確認できる書類を添付いただくことが必要です。この書類はそのために使用する申立書です。

記入する際のお願い

- 1 「傷病名」の欄は、医療機関で診断された病名（〇〇病、△△症など）を記入してください。
- 2 「医療機関名」の欄は、医療機関の名称（〇〇病院、△△クリニックなど）を記入してください。
- 3 「医療機関の所在地」の欄は、医療機関の所在地（〇〇市△△町1-1など）を記入してください。
- 4 「受診期間」の欄は、受診していた期間を記入してください。記憶があいまいな場合は、次の（例）のように記入しても構いません。

（例）平成5年4月頃～平成5年10月頃、昭和61年春頃～昭和62年夏頃 など
- 5 細線で囲まれた欄は、質問をお読みいただき、その枠内の該当する□に✓をつけてください。
- 6 申立書の下欄にある「令和 年 月 日」の欄は、この申立書を作成した日付を記入してください。
- 7 「住所」と「氏名」の欄は、請求する方の住所と氏名を記入してください。
- 8 この申立書を代筆した場合は、代筆した方の氏名を「代筆者氏名」に記入し、請求する方からみた続柄を「請求者との続柄」の欄に記入してください。
- 9 黒インクのボールペンで記入してください。

<参考資料の確認先>

身体障害者手帳等の申請時の診断書

⇒ 診断書等を提出した市区町村の障害福祉の窓口（障害福祉課、高齢障害福祉課など）

生命保険・損害保険・労災保険の給付申請時の診断書

⇒ 診断書等を提出した生命保険会社、損害保険会社、労働基準監督署

事業所等の健康診断の記録

⇒ 当時勤務していた事業所や健康診断を受けた医療機関

健康保険の給付記録（レセプトも含む）

⇒ 当時加入していた健康保険組合や全国健康保険協会（協会けんぽ）

<参考資料のその他に該当する例>

- ・交通事故証明
- ・インフォームド・コンセントによる医療情報サマリー（診療や治療経過を要約したもの）
- ・次の受診医療機関への紹介状
- ・電子カルテ等の記録（氏名・日付・傷病名・診療科等が印刷されたもの）
- ・交通事故や労災事故などのことが掲載されている新聞記事

受診状況等証明書が添付できない申立書

傷病名 二分脊椎(腰仙骨部脊椎破裂). 両下肢不全麻痺

医療機関名 A産科婦人科医院

医療機関の所在地 B市富士山町3丁目4-5

受診期間 昭和・平成・令和5年5月9日 ~ 昭和・平成・令和5年5月31日 項

上記医療機関の受診状況等証明書が添付できない理由をどのように確認しましたか。
 次の<添付できない理由>と<確認方法>の該当する□に✓をつけ、<確認年月日>に確認した日付を記入してください。
 その他の□に✓をつけた場合は、具体的な添付できない理由や確認方法も記入してください。

<添付できない理由> <確認年月日> 平成・令和 / 年 12月 / 日

カルテ等の診療録が残っていないため
 廃業しているため
 その他 _____

<確認方法> 電話 訪問 その他 (_____)

上記医療機関の受診状況などが確認できる参考資料をお持ちですか。
 お持ちの場合は、次の該当するものすべての□に✓をつけて、そのコピーを添付してください。
 お持ちでない場合は、「添付できる参考資料は何もない」の□に✓をつけてください。

身体障害者手帳・療育手帳・
 精神障害者保健福祉手帳 お薬手帳・糖尿病手帳・領収書・診察券
(可能な限り診察日や診療料が分かるもの)

身体障害者手帳等の申請時の診断書 小学校・中学校等の健康診断の記録や
 成績通知表

生命保険・損害保険・
 労災保険の給付申請時の診断書 盲学校・ろう学校の在学証明・卒業証書

事業所等の健康診断の記録 第三者証明


母子健康手帳 その他 (_____)

健康保険の給付記録 (レセプトも含む) 添付できる参考資料は何もない

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

令和 2 年 11 月 20 日

請求者 住所 B市富士山町1丁目2-3

氏名 甲野 一郎  印 ※本人自らが署名する場合
 押印は不要です。

代筆者氏名 中島 隆史 請求者との続柄 社会保険労務士