

FAX 相談受付票

日付 年 月 日

氏名・性別 仮名(かめい)でもけっこうです	フリガナ
	男・女
〒・住所	
電話番号	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
傷病名	
年金の滞納	<input type="radio"/> 滞納あり <input type="radio"/> 滞納なし <input type="radio"/> わからない
初診日の年金は	<input type="radio"/> 国民年金 <input type="radio"/> 厚生年金 <input type="radio"/> 共済年金
初診日時点	<input type="radio"/> 無職 <input type="radio"/> 就労
初診日から1年半	<input type="radio"/> 無職 <input type="radio"/> 就労
現在	<input type="radio"/> 無職 <input type="radio"/> 就労
精神または身体障害者手帳の有無	<input type="radio"/> 有 _____級 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 申請中
配偶者及び18歳未満の子供の有無	<input type="radio"/> 独身 <input type="radio"/> 既婚 子供 _____人
通信欄	