

基礎年金番号・年金コード 1350

この届の提出期限は、令和 2年 1月31日です。

年 月 日提出



様

- 誕生月までの間に医療機関を受診し、医師または歯科医師に診断書の記載を依頼してください。
- 提出期限までに、日本年金機構に到着するように提出してください。
《提出先》〒162-8799 日本郵便株式会社 牛込郵便局 私書箱145号 日本年金機構
- 提出期限までに診断書をご提出いただけない場合は、年金の支払いが一時止まることがあります。
- 提出期限を過ぎてからご提出いただく場合には、提出期限までにお近くの年金事務所へお問い合わせください。

《これ以降は医師に記入していただき、切り離さないで提出してください。》

国民年金・厚生年金保険・共済年金

2年 1月分 障害基礎・厚生年金

診断書 (眼の障害用)

様式第120号の1

○裏面の「記入上の注意」をよく読んで記入してください。
○本人の障害の程度及び状態に無関係な欄は、記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

（注）欄外に記入していただく

① フリ氏名 (生年月日)	カナ名 明・大・昭・平	性別 男・女	② 住所																														
③ 傷病名		④ 最近一年間の治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項																															
⑤ 障害の状態 (年月日現症) ※ 現症の日は、誕生月までの間に本人が診断を受けた日で、記入してください。		診療回数 年間 回、月平均 回	手術歴 手術名() 手術年月日(年 月 日)																														
(1) 視力 (視力測定の標準照度は200ルクスとしてください。)		(3) 所見																															
<table border="1"> <tr><th></th><th>裸眼</th><th>矯正</th><th>矯正眼鏡</th></tr> <tr><td>右眼</td><td></td><td></td><td>D</td></tr> <tr><td>左眼</td><td></td><td></td><td>D</td></tr> </table>			裸眼	矯正	矯正眼鏡	右眼			D	左眼			D	<table border="1"> <tr><th></th><th>右</th><th>左</th></tr> <tr><td>前眼部所見</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>中間透光体所見</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>眼底所見</td><td></td><td></td></tr> </table>			右	左	前眼部所見			中間透光体所見			眼底所見								
	裸眼	矯正	矯正眼鏡																														
右眼			D																														
左眼			D																														
	右	左																															
前眼部所見																																	
中間透光体所見																																	
眼底所見																																	
(2) ① 視野 ゴールドマン視野計を用いる場合は1/4の視標で測定してください。		(4) 調節機能・輻輳機能・瞳孔																															
<p>左</p> <p>右</p>		(5) まぶたの欠損・まぶたの運動																															
(2) - 1 中心視野 ゴールドマン視野計を用いる場合は1/2の視標で測定してください。		(6) 眼球的運動																															
<p>左</p> <p>右</p>		②-2 中心視野の角度 (1/2の測定値)																															
(注：見えない部分について黒又は黒斜線で塗りつぶしてください。)		<table border="1"> <tr><th></th><th>上</th><th>上外</th><th>外</th><th>外下</th><th>下</th><th>下内</th><th>内</th><th>内上</th><th>計</th></tr> <tr><td>右</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>左</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計	右										左									
	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計																								
右																																	
左																																	
⑥ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください)		⑦ 予後 (必ず記入してください)																															
⑧ 備考																																	
上記のとおり、診断します。 年 月 日																																	
病院又は診療所の名称		診療担当科名																															
所在地		医師氏名																															

※ 1 継続 2 増改 3 減改 4 停止 5 永固 6 五有 7 四有 8 三有 9 二有 10 一有 11 未固 医療専門役印 認定医員印 診断書コード 5

年金証書の基礎年金番号・年金コード 生年月日 診上外等級 傷病名 差引 有固 氏名 受発年月 差止年月 経