

## 「初診日に関する第三者からの申立書（第三者証明）」を記入される方へ

### 1. 「初診日に関する第三者からの申立書」の目的

障害年金を受給するためには、「初診日」における保険料納付要件を満たす必要があります。

「初診日に関する第三者からの申立書（以下「第三者証明」といいます。）」は、請求者が「初診日」を確認できる医療機関の証明などを提出できない場合、初診日の頃の医療機関の受診状況を見たり聞いたりした第三者（以下「申立者」といいます。）が当時知っていた内容から初診日を推定できるか審査するための書類となります。

このため、第三者証明に記入する内容は、請求者や請求者の家族などから最近得た情報は記入せず、申立者が見たり聞いたりしたときに知った内容のみを記入してください。

※ 初診日：障害年金を請求している病気やケガについて初めて医療機関を受診した日

### 2. 第三者証明の記入方法

裏面の記入方法をご覧ください。

なお、第三者証明内の知ったきっかけは、いずれか当てはまる方に○を付けてください。

#### ○「1. 直接見て知りました。」に当てはまる場合

申立者が、通院の付き添い、入院時のお見舞いまたは医師からの生活上の注意文書を見たなど、障害年金を請求する病気やケガにより請求者が医療機関を受診していることを、初診日の頃に直接見て知った場合を指します。

また、直接見て知った内容に加え、請求者やその家族などから聞いて知った内容が一部含まれる場合も「1」に○を付けてください。

なお、単に請求者と会った際に体調が良くないことに気づいた場合などは、医療機関を受診している事実を申立者が直接見ていないため、「直接見て知った」には含まれません。

#### ○「2. 請求者や請求者の家族などから聞いて知りました。」に当てはまる場合

申立者が、請求者やその家族などから「心療内科に通院し始めた」や「医師から甘味を止められている」など、障害年金を請求する病気やケガにより初めて医療機関を受診した頃の様子を聞いて知った場合（手紙等で知った場合を含みます）を指します。

なお、複数回にわたり聞いている場合は、最も現在に近い時期を「聞いた時期」に記入してください。

### 3. 20歳前に初診日がある第三者証明を記入される方に対するお願い

20歳前に初診日がある場合は、少なくとも20歳前までに障害年金を請求する病気やケガにより医療機関を受診したことが明らかであれば、請求者の申し立てしている初診日が認められる場合があります。したがって、第三者証明には、初診日の頃に限らず、請求者が20歳前に医療機関を受診していることがわかる内容を記入してください。

## 記入方法

### 初診日に関する第三者からの申立書（第三者証明）

私（申立者）は、障害年金の請求者  
 の初診日頃の受診状況などを知  
 っていますので、以下申し立てます。

知ったきっかけ

私（申立者）が申し立てる請求者の受診状況などは、

1. 直接見て知りました。
2. 請求者や請求者の家族などから聞いて知りました。  
 なお、聞いた時期は、（昭和・平成 年 月 日）（頃）です。

障害年金請求者の氏名を記入してください。

表面の「2. 第三者証明の記入方法」をご覧になり、あ  
 てはまる番号に○をつけてください。なお、「2」に○  
 を付けた場合は聞いた時期も記入してください。

請求者との関係について、見た（聞いた）当時の関係  
 と、現在の関係を記入してください。

障害年金を請求する病气やケガについて、初めて医療  
 機関を受診した日（初診日）や医療機関名・診療科な  
 ど、申立者が見たり聞いたりした当時に知った内容の  
 みを記入してください。（記入できない項目があっても  
 構いません）

請求者との関係

見た（聞いた）当時の関係： \_\_\_\_\_ 現在の関係： \_\_\_\_\_

○傷病名： \_\_\_\_\_ ○初診日： 昭和・平成 年 月 日 \_\_\_\_\_

○医療機関名・診療科： \_\_\_\_\_ ○所在地： \_\_\_\_\_

申立者が知っている当時の状況等

※記入いただく内容は、別紙「初診日に関する第三者からの申立書（第三者証明）」を記入される方への「裏面」をご覧ください。  
 申立者が見たり聞いたりした内容です。

障害年金を請求する病气やケガに関し、以下の項目の当時に知った内容のみを記入してください。（記入できない項目があっても構いません）

① 申立者が請求者の初診日頃の受診状況を知り得た状況  
 初診日頃の受診状況をどのようにして知ったのか具体的に記入してください。

② 発病から初診日までの症状の経過

病气やケガが発生してから初めて医療機関を受診するまでの間の具体的な症状を記入してください。

③ 医療機関の受診契機

請求者が初めて医療機関を受診したきっかけ（原因や理由）について、当時見たり聞いたりして知っている内容を記入してください。

④ 初診日頃における請求者の日常生活上の支障の程度

病气やケガの影響により、日常生活を送る上で支障があった具体的な状況を記入してください。

⑤ 医師からの療養の指示など受診時の状況

医師から請求者に対する日常生活、学生生活または勤務などにおける指示（注意）について、当時見たり聞いたりして知っている内容を記  
 入してください

<申立者>  
 住所：〒 \_\_\_\_\_

連絡先：（ \_\_\_\_\_ ） 氏名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

申立者について記載してください。

※ 訂正する場合は、二重線で消した上で訂正印を押印してください。

※ 後日、申立者あてに申立内容の確認をさせていただきます。平日日中でもご連絡が可能な電話番号を記入してください。

※ ご記入いただいた個人情報、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律に基づき適切に取り扱われます。