

# 障害年金講座

第43回!

障害年金センター

平素より年金事業にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

「障害年金講座」コーナーでは、市区町村の皆様向けに、障害年金に関する窓口事務での注意点やよくある返戻事例等、さまざまな情報をお届けしております。

毎号、市区町村の皆様方の日々の業務にお役立てできるよう努めてまいりますので、今後ともよろしくお願いいたします。

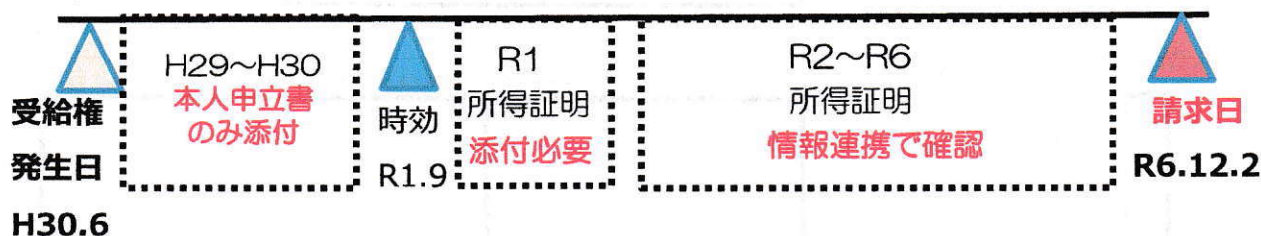


～ちょっと気になる 所得証明書添付について～

20歳前障害基礎年金について、5年以上遡及して障害認定日請求を行う場合、何年度の所得証明書を提出すればよいですか。

受給権発生年月日の翌月分以降が所得審査の対象になります。情報連携では直近5年分しか所得情報が確認できないため、それ以前については、所得証明書の添付が必要になります。ただし、支分権が時効消滅した期間については、所得の状況に関する本人の申立書を添付することで所得証明書の添付は不要となります。

【事例】受給権発生日：H30.6 請求日：R6.12.2 支分権消滅期間：H.30.7分～R1.9分



さて、今回のテーマは、

診断書交付時のお願い その⑦

です。

## 診断書交付時のお願い

- 「診断書の記載漏れ防止」の観点より、診断書交付時に記入上の注意について可能な限り説明をお願いします。
- 診断書にあります記入上の注意は、切り離さないまま診断書作成医に渡していただくよう説明をお願いします。
- 今回は「聴覚、鼻腔機能、平衡機能、そしゃく・嚥下機能、音声又は言語機能の障害用」の「診断書」と「記入上の注意」（表裏両面）をセットにしたものを掲載しました。  
両面印刷し、診断書と一緒に病院に持参できるよう診断書交付時にご活用ください。
- 障害年金請求用の診断書は8種類あり、かけはし第86号（2024.1.12）の「精神の障害用」の「診断書」と「記入上の注意」を皮切りに、これまで各種診断書の掲載をしておりましたが、次号（第93号）の「眼の障害用」診断書の紹介で最後となります。





国民年金  
厚生年金保険

# 診断書

( 聴覚・鼻腔機能・平衡機能  
そしゃく・嚥下機能 の障害用 )  
音声又は言語機能

| (フリガナ)<br>氏 名   |                                   | 生年月日           | 昭和<br>平成<br>令和  | 年     | 月       | 日生( 歳 )  | 性別                              | 男・女      |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|---|-----------------------------------|----------------|---|-------|---------|--|---------------------------------|----------|---|----|---------|--|--|--|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 住 所   |                                   | 住所地の郵便番号       | 都道府県  |       | 都市<br>区 |  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| ① 障害の原因<br>となった<br>傷 病 名  | ② 傷病の発生年月日                        |                | 昭和<br>平成<br>令和  | 年     | 月       | 日  | 診 本<br>療 入<br>録 の<br>で 申<br>立 日 | 認 定<br>日 |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| ③ ①のため初めて医師<br>の診療を受けた日   |                                   | 昭和<br>平成<br>令和 | 年   | 月     | 日       | 診 本<br>療 入<br>録 の<br>で 申<br>立 日  | 認 定<br>日                        |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| ④ 傷病の原因<br>又は誘因   | 初診年月日(昭和・平成・令和 年 月 日)             | ⑤ 既存<br>障害     | ⑥ 既往症   |       |         |  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| ⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療<br>の効果が期待できない状態を含<br>む。)かどうか   | 傷病が治っている場合 …………… 治った日 平成・令和 年 月 日 |                | 確 認<br>推 定  |       |         |  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 傷病が治っていない場合 …………… 症状のよくなる見込   |                                   | 有 ・ 無 ・ 不明     |   |       |         |  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| ⑧ 診断書作成医療機関に<br>おける初診時所見<br>初診年月日<br>(昭和・平成・令和 年 月 日)   |                                   |                |   |       |         |  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| ⑨ 現在までの治療の内容、<br>期間、経過、その他参考となる事項   |                                   | 診療回数           | 年間  | 回、月平均 | 回       |  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|   |                                   | 手術<br>歴        | 喉頭全摘・その他の手術<br>手 術 名( )<br>手術年月日( 年 月 日)  |       |         |  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| ⑩ 障 害 の 状 態 (平成・令和 年 月 日 現症)  |                                   |                |   |       |         |  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| (1) 聴 覚 の 障 害   |                                   |                | オーディオグラム  |       |         | 語音明瞭度曲線  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <th colspan="4">聴 力 レ ベ ル</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td>dB</td> <td>左</td> <td>dB</td> </tr> <tr> <td colspan="4">最良語音明瞭度</td> </tr> <tr> <td>右</td> <td>%</td> <td>左</td> <td>%</td> </tr> </table> |                                   |                | 聴 力 レ ベ ル   |       |         |  | 右                               | dB       | 左 | dB | 最良語音明瞭度 |  |  |  | 右 | % | 左 | % |  |  |  |  |  |  |
| 聴 力 レ ベ ル   |                                   |                |   |       |         |  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 右   | dB                                | 左              | dB  |       |         |  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 最良語音明瞭度   |                                   |                |   |       |         |  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 右   | %                                 | 左              | %   |       |         |  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 所見 [ 聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の聴力レベルが100dB以上との診断を行う場合は、聴性脳幹反応検査(ABR)等の検査を実施し、検査方法及び検査所見を記入してください。 ]  |                                   |                |   |       |         |  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| (2) 鼻腔機能の障害   |                                   |                | (3) 平衡機能の障害   |       |         | (4) そしゃく・嚥下機能の障害   |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| ア 鼻軟骨の欠損  |                                   |                | ア 閉眼での起立・立位保持の状態  |       |         | ア 機 能 障 害  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 1 一部分<br>2 大部分<br>3 全部  |                                   |                | 1 可能である。<br>2 不安定である。<br>3 不可能である。  |       |         | イ 栄 養 状 態<br>1 良    2 中    3 不良<br>(身長      cm、体重      kg)   |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| イ 鼻呼吸障害の有無  |                                   |                | イ 開眼での直線10m歩行の状態  |       |         | ウ 食 事 内 容  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 1 無<br>2 有  |                                   |                | 1 まっすぐ歩き通す。<br>2 多少転倒しそうになったりよろめいたりするが、<br>どうか歩き通す。<br>3 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断<br>せざるを得ない。 |       |         | 1 食事内容に制限がない。<br>2 ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下<br>機能が十分でないため食事が制限される。<br>3 全粥、軟菜以外は摂取できない。<br>4 経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができない<br>ためにゾンデ栄養の併用が必要である。<br>5 流動食以外は摂取できない。<br>6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。<br>7 経口的に食物を摂取することができない。<br>8 その他( ) |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見   |                                   |                |   |       |         |  |                                 |          |   |    |         |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |

(お願い) 障害の状態は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

## 記入上の注意

- この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、  
 「障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。」

- ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。

- ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。（なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。）

- 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。

(1) 本人の障害の程度及び状態に無関係な欄に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。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。

(2) ⑩の欄の「(1) 聴覚の障害」の測定結果は、過去3か月間において複数回の測定を行っている場合は、最良の値を示したものを記入してください。

(3) ⑩の(1)の欄の「聴力レベル」の算出方法は、次の方法により行ってください。

① 「聴力レベル値」は、オーディオメータにより測定してください。

② 「聴力レベル値」は、
$$\frac{a + 2b + c}{4}$$
 により算出してください。

$$\left\{ \begin{array}{l} a : \text{周波数} \\ b : \text{周波数} \\ c : \text{周波数} \end{array} \right.$$

500 ヘルツの音に対する純音聴力レベル値  
 1,000 ヘルツの音に対する純音聴力レベル値  
 2,000 ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

- ⑩の(1)の欄の「最良語音明瞭度」は、「聴力レベル」が90デシベルに満たない場合についてのみ検査成績を記入してください。

なお、最良語音明瞭度の検査は、オーディオロジー学会で定めた方法により行ってください。

- ⑩の(1)の欄の「所見」は、聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の「聴力レベル」が100デシベル以上の診断を行う場合には、オーディオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査（ABR）等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を行い、その結果（検査の方法及び検査所見）を記入してください。また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。

- ⑩の(5)の欄の「イ 発音不能な語音」は、構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。発音に関する検査を行った場合は、その検査結果を「II 発音に関する検査結果」欄に記入してください。

- ⑩の(5)の欄の「ウ 失語症の障害の程度」は、失語症がある場合に記載してください。失語症に関する検査を行った場合は、その検査結果を「II 失語症に関する検査結果」欄に記入してください。必要に応じて失語症検査の結果表を添えてください。

- 診断書の記載要領を日本年金機構のホームページに掲載していますのでご参照ください。

また、日本年金機構のホームページに掲載している Excel 形式の診断書様式を使用していただけるともできます。



日本年金機構 診断書 検索



以下の診断書の太文字の欄は、記入漏れがないよう記入していただくこととなっています。

⑧欄

診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)

⑩欄

障害の状態 (平成・令和 年 月 日現症)

※ 1. 本人の障害の程度及び状態に無関係な欄を除いてすべて記入してください。  
(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

※ 2. 障害に関係する検査が実施されていない場合は該当欄に「未実施」又は「未測定」など、わかりやすく記入してください。

※ 3. 特に⑩欄 (1) 聴覚の障害、(5) イ 発音不能な語音、ウ 失語症の障害の程度の項目において、診断書への記載の他に、検査記録データ等の検査結果のコピー等の添付が必須の項目もあります。  
(詳しくは該当する項目の「記入上の注意」も合わせ確認してください。)

お願い

聴覚の障害の「記入上の注意」4(4)関連

聴覚の障害の障害認定基準においては、例えば、両耳の平均純音聴力レベル値が50デシベル以上90デシベル未満の場合は最良語音明瞭度によって障害等級の判断が異なることもあるため、診断書に最良語音明瞭度を記載いただけてください。  
(「障害年金ヘルプデスクQ & A (市区町村用)」のQ1-1(2)より)

⑪欄

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。)

⑫欄

予後 (必ず記入してください。)

※ 診断書作成医等の欄も、記入漏れがないよう記入していただくこととなっています。

上記のとおり、診断します。

病院又は診療所の名称

所在地

年 月 日

診療担当科名

医師氏名

この日付は診断書の作成年月日となります。⑩欄の現症日以降の日付で作成してください。