

# 診断書認定依頼

下記の者にかかる別添診断書の認定をお願いします。

記

氏 名

[Redacted Name]

生年月日

大・昭・平 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日 ([Redacted] 歳)

住 所

[Redacted Address]

基礎年金番号・年金コード

[Redacted Pension Number]

障害認定審査医員殿

神奈川事務センター

平成 年 月 日

前回 2 級 16 号 (5 年有期)

平成 28 年 8 月 18 日

障害の程度を次のとおり認定する。

該 当	障害等級表	3 級 13 号
	認定の区分	年有期・永久認定
非該当	厚生年金障害等級表3級に該当	
	厚生年金障害等級表3級に非該当	
障害認定審査医員		認定印
意見	[Redacted]	