

令和4年1月1日から

国民年金・厚生年金保険の診断書 「眼の障害用」（様式第120号の1） の様式が変わります

障害基礎年金・障害厚生年金の「眼の障害」に係る障害認定基準見直しに伴い、診断書の様式を下記のとおり改正します。

令和3年11月1日以降に改正後の様式[※]を配布し、
令和4年1月1日から新しい様式で認定事務を行います。

主な 変更点

1. 視野障害の項目に、自動視野計による評価について記載できる欄を設けます。
2. 視野障害について、医師による視野図の記入を不要とし、該当する視野図のコピーを添付していただきます。

※ 新規請求用の診断書新様式は、令和3年12月から配布します。

「改正後の診断書（眼の障害用）」を作成する際は、
「診断書作成の留意事項《眼の障害》」を
ご参照ください。

※ ご不明な点は、[日本年金機構の年金事務所](#)へお問い合わせください。

(フリガナ) 氏名	生年月日		昭和 平成 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		市区																																																																					
① 障害の原因 となった 傷病名	② 傷病の発生日		昭和 平成 令和	年	月	日	診本 療人 録の で申 立日	認 定																																																																		
	③ ①のため初めて医師 の診療を受けた日		昭和 平成 令和	年	月	日	診本 療人 録の で申 立日	認 定																																																																		
④ 傷病の原因 又は誘因	初診年月日(昭和・平成・令和 年 月 日)		⑤ 既存 障害	⑥ 既往症																																																																						
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療 の効果が期待できない状態を含む) 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																																																																		
		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おける 初診時所見		初診年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)																																																																								
⑨ 現在までの治療の内容、 期間、経過、その他の 参考となる事項		診療回数	年間		回、	月平均	回																																																																			
		手術 歴	部 位		左 ・ 右		眼鏡摘出 ・ その他の手術																																																																			
		手術名()		手術年月日(年 月 日)																																																																						
⑩ 障 害 の 状 態 (平成・令和 年 月 日現症)																																																																										
(1) 視 力					(3) 所 見																																																																					
<table border="1"> <tr> <th>裸眼</th> <th colspan="4">矯 正 視 力</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td>×</td> <td>D</td> <td>○</td> <td>cyl</td> <td>D</td> <td>Ax</td> <td>°</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>×</td> <td>D</td> <td>○</td> <td>cyl</td> <td>D</td> <td>Ax</td> <td>°</td> </tr> </table>					裸眼	矯 正 視 力				右	×	D	○	cyl	D	Ax	°	左	×	D	○	cyl	D	Ax	°	<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 視 力																																																																									
右	×	D	○	cyl	D	Ax	°																																																																			
左	×	D	○	cyl	D	Ax	°																																																																			
	右	左																																																																								
前眼部所見																																																																										
中間透光体所見																																																																										
眼底所見																																																																										
(2) 視 野					(4) その他の障害 (その程度・症状・治療経過等を記載してください。)																																																																					
<p>※ 視野図のコピーを添付してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ゴールドマン型視野計を用いた場合は、1/4の視標の視野図のコピー及び1/2の視標の視野図のコピーを添付してください。なお、どのインプタが1/4の視標や1/2の視標によるものかを明確に区別できるように記載してください。 ・自動視野計を用いた場合は、両眼開放エスターマンテストの検査結果及び10-2プログラムの検査結果がわかるものを添付してください。 					<p>該当するもののローマ数字を○で囲んでください。</p> <p>I 調節機能 / II 輻輳機能 / III 瞳孔</p> <p>IV まぶたの欠損 / V まぶたの運動 / VI 眼珠の運動</p>																																																																					
<p>ア. ゴールドマン型視野計</p> <p>(ア) 周辺視野の評価 (1/4)</p> <p>① 周辺視野の角度</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>上</th> <th>内上</th> <th>内</th> <th>内下</th> <th>下</th> <th>外下</th> <th>外</th> <th>外上</th> <th>合計</th> <th>度</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td></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> <td></td> </tr> </table> <p>② 両眼による視野が2分の1以上欠損 (はい ・ いいえ)</p> <p>(イ) 中心視野の評価 (1/2)</p> <p>中心視野の角度</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>上</th> <th>内上</th> <th>内</th> <th>内下</th> <th>下</th> <th>外下</th> <th>外</th> <th>外上</th> <th>合計</th> <th>度</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>a</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>b</td> <td></td> </tr> </table> <p>(aとbのうち大きい方) (aとbのうち小さい方)</p> <p>両眼中心視野 角度 (I/2) () × 3 + () / 4 = () 度</p>						上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度	右											左												上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度	右									a		左									b					
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度																																																																
右																																																																										
左																																																																										
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度																																																																
右									a																																																																	
左									b																																																																	
<p>イ. 自動視野計</p> <p>(ア) 周辺視野の評価</p> <p>両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 () 点</p> <p>(イ) 中心視野の評価 (10-2プログラム)</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>c</th> <th>点 (≥ 26dB)</th> <th>(cとdのうち大きい方) (cとdのうち小さい方)</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>d</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>両眼中心視野 視認点数 () × 3 + () / 4 = () 点</p>						c	点 (≥ 26dB)	(cとdのうち大きい方) (cとdのうち小さい方)	右				左	d																																																												
	c	点 (≥ 26dB)	(cとdのうち大きい方) (cとdのうち小さい方)																																																																							
右																																																																										
左	d																																																																									
⑪ 現時での日常生活 動能力及び労働能力 (必ず記入してください。)																																																																										
⑫ 予 後 (必ず記入してください。)			⑬ 備 考																																																																							

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転記した年月日を記入してください。

（お願） 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。

（お願） 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

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。)

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

記入上の注意

- 1 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。 〕

- 2 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。
- 3 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。)
- 4 「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がありません。(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) 視力」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。
- 5 ⑩の欄の(1)視力の「矯正視力」の欄は、最良視力が得られる矯正レンズによって得られた視力を記入してください。なお、眼内レンズ挿入眼は裸眼と同様に扱い、屈折異常がある場合は適正に矯正した視力を測定してください。
- 6 視野は、ゴールドマン型視野計又は自動視野計を用いて測定してください。ゴールドマン型視野計を用いる場合、中心視野の測定にはⅠ／2の視標を用い、周辺視野の測定にはⅠ／4の視標を用いてください。自動視野計を用いる場合、両眼開放視認点数は視標サイズⅢによる両眼開放エスターマンテストで測定し、両眼中心視野視認点数は視標サイズⅢによる10-2プログラムで測定してください。
- 7 ⑩の欄の(2)ア(ア)①「周辺視野の角度」は、Ⅰ／4の視標を用いて左右眼ごとに8方向の視野の角度(Ⅰ／4の視標が視認できない部分を除いて算出)を該当する方向の欄に記入し、8方向の角度を合算した数値を「合計」の欄に記入してください。
- 8 ⑩の欄の(2)ア(イ)「中心視野の角度」はⅠ／2の視標を用いて左右眼ごとに8方向の視野の角度(Ⅰ／2の視標が視認できない部分を除いて算出)を該当する方向の欄に記入し、8方向の角度を合算した数値を「合計」の欄に記入してください。
- 9 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

《眼の障害》

障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項 (令和4年1月1日改正)

①欄 障害の原因となった傷病名
障害年金の支給を求める傷病名を記入してください。

⑦欄 傷病が治ったかどうか
「傷病が治っている場合」は、初診日から1年6カ月以内に、治療を行っても回復の見込みがなく、その症状が変わらない状態となった場合、その日を記入してください。

⑩欄(2) 視野
視野障害がある場合は、ゴールドマン型視野計を用いた場合はア. に、自動視野計を用いた場合はイ. に、それぞれ評価を記入するとともに、指定された視野図のコピーを添付してください。

ア. ゴールドマン型視野計で測定する場合
(ア)に周辺視野の評価を、(イ)に中心視野の評価を記入してください。また、I/4の視標の視野図のコピー及びI/2の視標の視野図のコピーを添付してください。

イ. 自動視野計で測定する場合
(ア)に周辺視野の評価を、(イ)に中心視野の評価を記入してください。また、両眼開放エスターマンテストの検査結果及び10-2プログラムの検査結果がわかるものを添付してください。

国民年金 厚生年金保険		診 断 書		(眼の障害用)		様式第120号の1																																																																												
(ア)氏名	生年月日	年齢	年 月 日	性別	男・女																																																																													
住所	都道府県	郡市区	市区町	診療録で本人の申請	本人の申請																																																																													
① 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発生日	③ ①のため初めて医師の診察を受けた日	④ 傷病の原因又は誘因	⑤ 既存障害	⑥ 既往症																																																																													
⑦ 傷病が治った(症状が治癒し治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか	⑧ 診断書作成医療機関における初診年月日	⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項	⑩ 障害の状態 (平成・令和 年 月 日 現症)																																																																															
<p>(1) 視力</p> <table border="1"> <tr> <th>種別</th> <th>矯正視力</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td>× D cyl D Ax °</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>× D cyl D Ax °</td> </tr> </table>		種別	矯正視力	右	× D cyl D Ax °	左	× D cyl D Ax °	<p>(2) 視野 ※ 視野図のコピーを添付してください。</p> <p>ゴールドマン型視野計を用いた場合は、I/4の視標の視野図のコピー及びI/2の視標の視野図のコピーを添付してください。なお、このマークがI/4の視標に1/2の視標に相当するものに記号を記すこととする。</p> <p>自動視野計を用いた場合は、両眼開放エスターマンテストの検査結果及び10-2プログラムの検査結果がわかるものを添付してください。</p> <p>ア. ゴールドマン型視野計</p> <p>(ア) 周辺視野の評価 (I/4)</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>上</th> <th>内上</th> <th>内</th> <th>内下</th> <th>下</th> <th>外下</th> <th>外</th> <th>外上</th> <th>合計</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> <p>② 両眼による視野が2分の1以上欠損 (はい・いいえ)</p> <p>(イ) 中心視野の評価 (I/2)</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>上</th> <th>内上</th> <th>内</th> <th>内下</th> <th>下</th> <th>外下</th> <th>外</th> <th>外上</th> <th>合計</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> <p>両眼中心視野角度 (I/2) $(\text{右} \times 3 + \text{左}) / 4 = \text{ } \text{度}$</p> <p>イ. 自動視野計</p> <p>(ア) 周辺視野の評価</p> <p>両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 $\text{ } \text{点}$</p> <p>(イ) 中心視野の評価 (10-2プログラム)</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>右</th> <th>左</th> </tr> <tr> <td>点 (≥26dB)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>点 (≥26dB)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>両眼中心視野視認点数 $(\text{右} \times 3 + \text{左}) / 4 = \text{ } \text{点}$</p> <p>⑪ 現症時の日常生活能力及び労働能力 (必ず記入してください)</p> <p>⑫ 予 後 (必ず記入してください)</p> <p>⑬ 備 考</p> <p>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。)</p> <p>上記のとおり、診断します。 年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称 診療担当科名</p> <p>所在地 医師氏名</p>							上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	右										左											上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	右										左											右	左	点 (≥26dB)			点 (≥26dB)		
種別	矯正視力																																																																																	
右	× D cyl D Ax °																																																																																	
左	× D cyl D Ax °																																																																																	
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計																																																																									
右																																																																																		
左																																																																																		
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計																																																																									
右																																																																																		
左																																																																																		
	右	左																																																																																
点 (≥26dB)																																																																																		
点 (≥26dB)																																																																																		

③欄 初めて医師の診療を受けた日
①欄の傷病のために初めて医師の診療を受けた日を記入します。診療録で確認できる場合は、「診療録で確認」を○で囲んでください。確認できないときは、「本人の申立て」を○で囲み、申立て年月日を記入してください。

初診年月日と現症日の記入漏れがないようお願いします。

⑩欄(4) その他の障害
該当する障害がある場合は、記入してください。

⑪欄 日常生活活動能力及び労働能力
現症時の日常生活能力だけでなく、労働能力についても必ず記入してください。

⑫欄 予後
診断時に判断できない場合は、「不詳」と記入してください。

⑬欄 備考
本人の状態について特記すべきことがあれば記入してください。

《お願い》
この診断書は、障害年金の障害等級を判定するために、作成をお願いしているものです。
記入漏れや疑義が生じた場合は、作成された医師に照会させていただきます。ご承知おきください。

※ 氏名・生年月日・住所など記入漏れがないかご確認ください。



診断書を作成する 医師・医療機関の皆さまへ

病気やけがなどにより、障害の状態になった患者様に、国民年金・厚生年金の「**障害年金制度**」をご案内ください。

「障害の状態になった」とは

- 視覚障害や聴覚障害、肢体不自由などの障害
- がんや糖尿病、高血圧、呼吸器疾患などの内部疾患
- 精神の障害

などにより、長期療養が必要で、仕事や生活が著しく制限を受ける状態になったことをいいます。

障害の状態※や**保険料の納付期間**など、一定の要件を満たしている方は、**障害年金を受給**することができます。

※障害者手帳の障害等級とは判断基準が異なるため、手帳の交付は受けられても、障害年金を受給できないことがあります。

障害年金についてのお問い合わせやご相談は、お近くの**年金事務所**または**街角の年金相談センター**で受け付けています。

所在地は、日本年金機構ホームページ「全国の相談・手続き窓口」をご覧ください。
<https://www.nenkin.go.jp/>

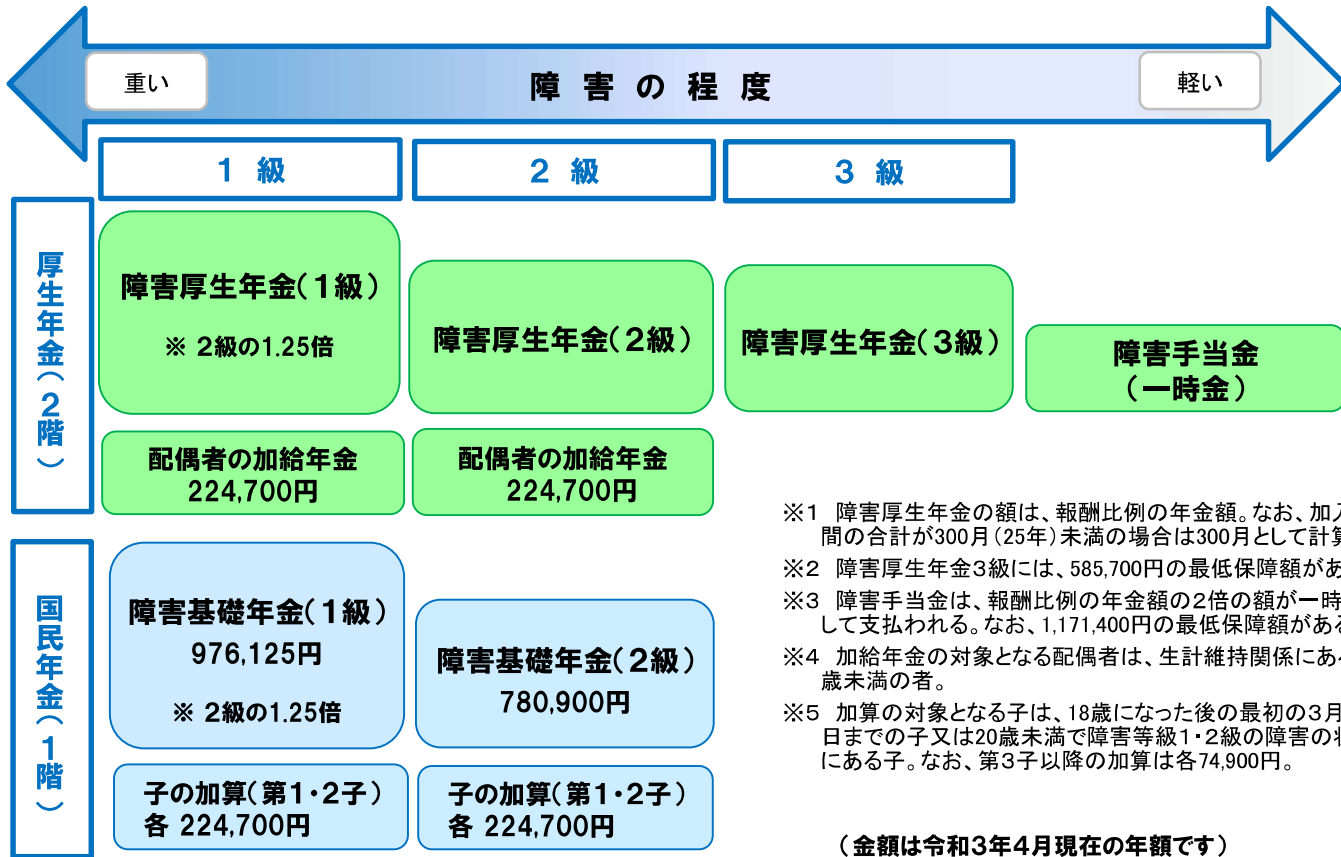
窓口受付時間：平日（月～金）の午前8時30分～午後5時15分

年金相談は、「時間延長」や「週末相談」も実施しています。

時間延長	週初の開所日	午後5：15～午後7：00まで
週末相談	第2土曜	午前9：30～午後4：00まで

障害年金制度について

公的年金制度には、主に自営業者などが加入する国民年金や会社員などが加入する厚生年金があります。こうした制度に加入中の病気やけがで障害が残った場合は、国民年金から「障害基礎年金」、厚生年金から「障害厚生年金」が支給されます。



障害年金を受けるには、次の3つの要件が必要になります。

1 初診日に被保険者であること

- 初診日において、国民年金または厚生年金保険の被保険者であるか、または、国民年金の被保険者であった人で、60歳以上65歳未満の国内居住者であること

【20歳前傷病による障害基礎年金】

初診日において、20歳未満であった人が、20歳に達した日において1級または2級の障害の状態にあるときは、障害基礎年金が支給される。

2 保険料の納付要件を満たしていること

- 初診日の前日において、初診日の属する月の前々月までの被保険者期間のうち、保険料納付期済期間と保険料免除期間を合算した期間が3分の2以上あること

【上記要件を満たさない場合の特例】

初診日が2026年4月1日前のときは、初診日の属する月の前々月までの直近の1年間に保険料の未納期間がないこと

3 一定の障害の状態にあること

- 障害認定日(※)に障害の状態が1級または2級(障害厚生年金については1級～3級)に該当すること、または障害認定日後に、障害の程度が増進し、65歳になるまでに障害の状態が1級または2級(障害厚生年金については1級～3級)に該当すること

※障害認定日： 障害の原因となった傷病の初診日から起算して1年6ヵ月を経過した日、または1年6ヵ月以内にその傷病が治った場合(症状が固定した場合)はその日

◆障害年金を受けるには、本人またはご家族による年金の請求手続きが必要です。請求窓口は、障害基礎年金はお住まいの市区町村役場または年金事務所、障害厚生年金はお近くの年金事務所になります。