

# Ví dụ cách viết đơn yêu cầu trợ cấp điều trị (Mẫu số 5)

Trường hợp tai nạn trên đường đi làm thì dùng phần 3 của mẫu số 16.

Nếu không rõ thì hãy nhờ cơ quan làm việc ghi vào.

Mã số bảo hiểm tai nạn lao động

Viết theo trình tự là niên hiệu Nhật Bản, năm, tháng.  
Niên hiệu : Chiêu Hòa là số 5  
Bình Thành là số 7

Ngày tháng năm sinh

Ngày tháng năm bị thương hay phát bệnh

Name (Katakana)

Nam thì ghi số "1", và nữ thì ghi số "3".

Ghi rõ họ tên, nghề nghiệp của nhân chứng khi xảy ra tai nạn.

Địa chỉ nơi cư trú

Ghi họ tên bằng chữ katakana, giữa tên và họ thì cách một ô.

Ngành nghề

Mã số bưu điện

Giờ phút bị thương hoặc phát bệnh  
Sáng  
Chiều

Chức vụ

Họ tên

Nguyên nhân tai nạn và hoàn cảnh xảy ra tai nạn

- ① Ở đâu
- ② Trong tình trạng như thế nào
- ③ Trong khi làm việc như thế nào
- ④ Nguyên nhân do đâu
- ⑤ Hãy xác nhận tai nạn đã xảy ra như thế nào?

※Phần dành cho xác nhận của chủ sử dụng lao động

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。  
Tư vấn Bộ phận Giám sát Tiêu chuẩn Lao động

Tên bệnh viện

Của người yêu cầu

Mã số bưu điện

Số điện thoại

Địa chỉ

Địa chỉ

Chữ ký

Trường hợp tự ký tên thì không cần đóng dấu.

Phần người yêu cầu phải tự viết

Phần xác nhận của công ty

※Trường hợp Công ty không thể chứng nhận được thì tự vấn với nơi gửi đơn, Bộ phận Giám sát Tiêu chuẩn Lao động.

Ví dụ cách viết đơn yêu cầu trợ cấp chi phí điều trị (Mẫu số 7(1)(Mặt trước))

Trường hợp tai nạn trên đường đi làm thì dùng phần 5 (1) của mẫu số 16.

Nếu không rõ thì nhờ cơ quan làm việc ghi vào.

Mã số bảo hiểm tai nạn lao động của người lao động

Ngày tháng năm sinh

Ngày tháng bị thương hoặc phát bệnh

Ghi vào theo trình tự là niên hiệu Nhật Bản, năm, tháng. Niên hiệu Nhật Bản: Chiêu Hòa là số 5, Bình Thành là số 7.

Nam thì ghi số "1" vào, và nữ thì ghi số "3" vào.

Họ tên

Tuổi

Mã số bưu điện

Ghi họ tên bằng chữ Katakana, giữa họ và tên thì cách 1 ô.

Loại thông thường thì ghi số "1", và loại tạm thời thì ghi số "2"

Loại hình tài khoản

Mã số tài khoản

Họ tên đầu đủ của chủ tài khoản

Tên cơ quan tài chính

Tên chi nhánh

Chủ tài khoản

Các mục ②, ③, ⑤, ⑥ và mục tên ngân hàng, tên chủ tài khoản ở bên trái thì chỉ cần ghi vào trong trường hợp lần đầu tiên khai báo tài khoản, hoặc thay đổi tài khoản.

**Phần xác nhận của chủ doanh nghiệp**

※ Trường hợp gửi đơn lần thứ hai trở đi sau khi nghỉ việc thì không cần thiết.

Chi tiết điều trị

Thời gian từ năm tháng ngày đến năm tháng ngày / tổng số ngày / số ngày khám

Vi trí thương tật và tên bệnh tật

Tôi xác nhận các nội dung (1), (ロ), (ハ) viết về người ⑨ là sự thật

Ngày tháng

Mã số bưu điện

**Phần dành cho cơ quan y tế ghi**

Chứng nhận của bác sĩ hoặc nhà sử học

Khair quát về tiến triển song tật và bệnh tật

Địa chỉ

Của bệnh viện hoặc cơ sở y tế

tên

Số điện thoại

Mã vùng

Năm, tháng, ngày

Bình phục đang theo dõi / chuyển viện / ngưng điều trị từ vòng

Bác sỹ đảm nhiệm

Đóng dấu

Chỉ tiết điều trị và số tiền (chỉ tiết như mắt sau)

Nghìn

yên

Phụ chăm sóc

Phải đi lại

Chi phí y tế khác ngoài những khoản nêu trên

Lý do vì sao không được nhận trợ cấp điều trị

Tổng số tiền cần thiết để điều trị

Ngày nộp đơn

Mã số bưu điện

Điện thoại

Thông tin người yêu cầu

Họ tên

Chữ ký

Trưởng Bộ phận Giám sát Tiêu chuẩn Lao động

Trường hợp tự ký tên thì không cần đóng dấu.

Phần người yêu cầu phải tự viết.

Phần xác nhận của cơ quan y tế

Phần xác nhận của công ty

※ Trường hợp công ty không thể chứng nhận được thì hãy tư vấn với nơi gửi đơn, Bộ phận Giám sát Tiêu chuẩn Lao động.

# Đơn yêu cầu trợ cấp điều trị (Mẫu số 7(1) (Mặt sau)) Ví dụ cách viết

**様式第7号(1) (裏面)**

労働者の所属事業場の名称・所在地: Tên và địa chỉ nơi làm việc

災害発生の日時: Giờ phút bị thương hay phát bệnh

災害発生の実況を確認した者の氏名: Nghề nghiệp

氏名: Họ tên

災害の原因及び発生状況: Nguyên nhân tai nạn và hoàn cảnh xảy ra tai nạn

**療養の内訳及下金額**

Nội dung điều trị	Số điểm (điểm)	Nội dung điều trị	Số tiền	Tóm tắt
Khám lần đầu, ngoài giờ hành chính/ ngày nghỉ/ ngày lễ	× lần	Khám lần đầu	Yên	Yên
Tái khám	× lần	Tái khám	Yên	Yên
Cộng thêm chi phí theo dõi	× lần	Hướng dẫn	Yên	Yên
Cộng thêm quản lý ngoài giờ	× lần	Khác	Yên	Yên
Ngoài giờ hành chính	× lần	Bữa ăn (tiêu chuẩn)	Yên	Yên
Ngày nghỉ	× lần	Yên × số ngày	Yên	Yên
Đêm khuya	× lần	Yên × số ngày	Yên	Yên
Hướng dẫn	× lần	Tổng cộng	Yên	Yên
Chăm sóc ở nhà	Đến thăm bệnh nhân	× lần	Yên	Yên
Đêm	Ban đêm	× lần	Yên	Yên
Khẩn cấp/ đêm khuya	× lần	Yên	Yên	Yên
Đến thăm bệnh nhân điều trị	× lần	Tổng cộng	Yên	Yên
Khác	Thuốc	× lần	Yên	Yên
Thuốc	Thuốc uống thuốc đơn vị	× lần	Yên	Yên
Thuốc pha chế	× lần	Yên	Yên	Yên
Thuốc giảm đau đơn vị	× lần	Yên	Yên	Yên
Thuốc dùng ở ngoài pha chế	× lần	Yên	Yên	Yên
Hướng dẫn dùng thuốc	× lần	Yên	Yên	Yên
Ma túy, chất độc	× lần	Yên	Yên	Yên
Chi phí công nghệ chế thuốc	× lần	Yên	Yên	Yên
Tiền vào	Trong cơ dưới da	× lần	Yên	Yên
Trong tĩnh mạch	× lần	Yên	Yên	Yên
Khác	× lần	Yên	Yên	Yên
Điều trị	Thuốc	× lần	Yên	Yên
Phẫu thuật	Gây mê: thuốc	× lần	Yên	Yên
Xét nghiệm:	Thuốc	× lần	Yên	Yên
Hình ảnh chẩn đoán:	Thuốc	× lần	Yên	Yên
Khác:	Đơn thuốc	× lần	Yên	Yên
Thuốc	× lần	Yên	Yên	Yên
Nhập viện: ngày tháng nhập viện	× số ngày	Yên	Yên	Yên
Phí nhập viện/ bán phép công	× số ngày	Yên	Yên	Yên
Bệnh viện/ cơ sở y tế/ quản áo	× số ngày	Yên	Yên	Yên
× số ngày	× số ngày	Yên	Yên	Yên
× số ngày	× số ngày	Yên	Yên	Yên
× số ngày	× số ngày	Yên	Yên	Yên
Chi phí nhập viện đặc biệt / khác	× số ngày	Yên	Yên	Yên
Tổng cộng	điểm (①)	Yên	Yên	Yên
合計金額 (①+②)	Yên	Yên	Yên	Yên

①Ở đầu  
②Trong tình trạng như thế nào  
③Trong khi làm việc như thế nào  
④Nguyên nhân do đâu  
⑤Xin hãy xác nhận tai nạn đã xảy ra như thế nào.

事業主が証明する事項 (裏面の及び(ア)、(ウ)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。)

事業主の氏名: 事業主の氏名 (個人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

事業主の住所: 事業主の住所 (個人その他の団体であるときはその名称及び代表者の住所)

事業主の電話番号: 事業主の電話番号

事業主の代表者の氏名: 事業主の代表者の氏名

事業主の代表者の住所: 事業主の代表者の住所

事業主の代表者の電話番号: 事業主の代表者の電話番号

# Đơn yêu cầu chi trả trợ cấp bồi thường nghỉ làm (Mẫu số 8) Ví dụ cách viết

**Phần người yêu cầu phải tự viết** (Red dashed box)

**Phần xác nhận của cơ quan y tế** (Yellow dashed box)

**Phần xác nhận của công ty** (Red solid box)

**Trường hợp tự ký tên thì không cần đóng dấu.**

**※ Trường hợp Công ty không thể chứng nhận được thì tư vấn với nơi gửi đơn, Bộ phận Giám sát Tiêu chuẩn Lao động.**

Nam thì ghi số "1", và nữ thì ghi vào số "3".

Ghi vào theo trình tự là niên hiệu Nhật Bản, năm, tháng. Niên hiệu Nhật Bản: Chiêu Hòa là số 5 Bình Thành là số 7

Loại thông thường thì ghi số "1", loại tạm thời thì ghi số "2".

Trường hợp tai nạn trên đường đi làm thì dùng phần 6 của mẫu số 16

Nếu không rõ thì nhờ cơ quan làm việc ghi vào.

Viết họ tên bằng chữ Katakana, giữa họ và tên thì cách một ô.

Khoảng thời gian do điều trị không thể lao động thì điền vào mục ⑳, và trong khoảng thời gian đó số ngày không nhận được tiền lương thì điền vào mục ㉑.

Các mục ㉒, ㉓, ㉔, ㉕ và mục tên ngân hàng, tên chủ tài khoản ở bên trái thì chỉ cần ghi vào trong trường hợp lần đầu tiên khai báo tài khoản, hoặc thay đổi tài khoản.

## Phần dành cho xác nhận của chủ sử dụng lao động

※ Trường hợp gửi đơn lần thứ hai trở đi sau khi nghỉ việc thì không cần thiết

## Phần dành cho xác nhận của cơ quan y tế

Phần người yêu cầu phải tự viết

Phần xác nhận của cơ quan y tế

Phần xác nhận của công ty

※ Trường hợp Công ty không thể chứng nhận được thì tư vấn với nơi gửi đơn, Bộ phận Giám sát Tiêu chuẩn Lao động.

# Ví dụ cách viết đơn yêu cầu chi trả bồi thường tàn tật (Mẫu số 10)

様式第10号 (表面)

## 労働者災害補償保険 障害補償給付支給請求書 障害特別支給年金支給申請書 障害特別一時金

Nam thì khoanh tròn vào “男”, và nữ thì khoanh tròn vào “女”.

Trường hợp tai nạn trên đường đi làm thì dùng phần 7 của mẫu số 16

Nếu không rõ thì nhờ cơ quan làm việc ghi vào.

Hãy xác nhận địa điểm, nội dung công việc, tình trạng khi xảy ra tai nạn.

Chỉ viết vào trong trường hợp được chi trả trợ cấp hàng năm của bảo hiểm phúc lợi ...v.v. đối với cùng thương tật và bệnh tật.

① 氏名 Họ tên (Katakana) Ho tên 氏名 生年月日 Ngày tháng năm sinh Tuổi 住所 Địa chỉ Katakana Địa chỉ	② 基礎年金番号 Số lương hưu cơ bản 年金の種類 Loại lương hưu 取得年月日 Ngày được cấp	③ 性別 (男) (女) Giới tính	④ 傷病の治癒した年月日 Ngày bị thương hoặc phát bệnh 時間 時間 分 分
⑤ 年金証書の番号 Mã số bảo hiểm tai nạn lao động của người lao động r	⑥ 災害の原因及び発生状況 Nguyên nhân tai nạn và hoàn cảnh xảy ra tai nạn	⑦ 平均賃金 Tiền lương trung bình	⑧ 特別給付の総額 Tổng số tiền lương đặc biệt trong năm
⑨ 基礎年金番号 Số lương hưu cơ bản	⑩ 障害等級 Cấp độ tàn tật	⑪ 被保険者資格の取得年月日 Ngày được cấp	⑫ 年金の種類 Loại lương hưu
⑬ 当該傷病に關して支給される年金の種類等 Khoản tiền được trợ cấp	⑭ 支給されることとなった年月日 Ngày được cấp	⑮ 厚生年金保険法のイ、障害年金 Mã phúc lợi xã hội vô thời hạn của trợ cấp hàng năm	⑯ 国民年金法のイ、障害年金 Văn phòng phúc lợi xã hội có thẩm quyền
<b>Phần dành cho xác nhận của chủ sử dụng lao động</b>			
⑰ 事業場の所在地 Địa chỉ của chủ sử dụng lao động		⑱ 事業場の電話番号 Số điện thoại của chủ sử dụng lao động	
⑲ 事業場の名称 Tên của hồ sơ đính kèm		⑳ 事業場の代表者の氏名 Vị trí và tình trạng của thương tổn có sẵn	
⑳ 事業場の所在地 Địa chỉ của hồ sơ đính kèm		㉑ 事業場の電話番号 Số điện thoại của hồ sơ đính kèm	
㉒ 事業場の名称 Tên chi nhánh		㉓ 事業場の代表者の氏名 Số đăng ký sổ tiết kiệm	
㉔ 事業場の所在地 Địa chỉ		㉕ 事業場の電話番号 Số đăng ký sổ tiết kiệm	
㉖ 事業場の名称 Tên chi nhánh		㉗ 事業場の代表者の氏名 Số tài khoản	
㉘ 事業場の所在地 Địa chỉ		㉙ 事業場の電話番号 Tên chủ tài khoản	

Trường hợp tự ký tên thì không cần đóng dấu.

Phần người yêu cầu phải tự viết

Phần xác nhận của công ty