

## Examples for Filling Out Various Claims Forms

- 1.** Medical Treatment Benefits Claims Form (Form No. 5)
- 2.** Medical Treatment Expense Payment Claims Form (Form No. 7)
- 3.** Temporary Absence from Work Compensation Payment Claims Form (Form No. 8)
- 4.** Disability Compensation Payment Claims Form (Form No. 10)
- 5.** Surviving Family Compensation Lump Sum Payment Claims Form (Form No. 15)
- 6.** Surviving Family Compensation Pension Payment Claims Form (Form No. 12)
- 7.** Funeral Expense Claims Form (Form No. 16)
- 8.** Nursing Care Compensation Payment Claims Form (Form No. 16-2-2)

# Medical Treatment Benefits Claims Form (Form No. 5)(Example)

Use form 16-3 for commuting injury

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険

裏面に記載してある注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

業務災害用

給付たる療養の給付請求書

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン	
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	。
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	”	
9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	ー	

Have this filled out by your work place if you are uncertain

①管轄局署 ②業通別 ③保留 ④処理区分

1 1業 2 2業 3 3業 4 4業 5 5業 6 6業 7 7業 8 8業 9 9業

Fill out in the order of era name, year and month.

Era name: 5 for Showa, 7 for Heisei

⑦支給・不支給決定年月日

年 月 日

※印の欄は記入(職員が)

Enter "1" if you are a male or "3" if you are a female.

⑧性別 ⑨労働者の生年月日 ⑩負傷又は発病年月日

性別: 1 男性 3 女性

生年月日: 年 月 日

負傷又は発病年月日: 年 月 日

Fill out the name and job of the person who confirmed the circumstances of the accident.

⑪氏名 (Katakana) ⑫年齢

氏名: カタカナ

年齢: 歳

Leave a space between first and last names and write names in katakana.

⑬住所

住所: 〒

⑭負傷又は発病の時刻

Time of injury or attack

午前 午後 時 分 頃

⑮災害発生の実状を確認した者の職名

position

職名: 氏名

⑯産業別

Industrial Category

⑩郵便番号

zip code

⑰災害の原因と発生状況 (どのような場所(どこ)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全又は有害な状態があった(か)どのような災害が(き)たらかを詳細に記入してください。)

- Where
- What were the circumstances
- What type of work were you carrying out at the time
- What was the cause
- Clarify what type of accident occurred

⑱指定病院等の名称 所在地 郵便番号

⑲傷病の部位及び状態

⑳の者については、㉑、㉒及び㉓に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 電話番号 年 月 日 局番

事業場の所在地 郵便番号

事業主の氏名 ⑳

労働者の所属事業場の名称・所在地 電話番号 局番

(注意) 1 労働者の所属事業場の名称・所在地については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。  
2 派遣労働者について、療養補償給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。

労働基準監督署長 殿 郵便番号 局番 電話番号

請求人の住所 氏名 氏 Sign

病 院 名 院 所 局 経 由

支 給 決 定 決 議 書

署 長 次 長 課 長 係 長 係 決定年月日

調査年月日

復命書番号 第 号 第 号 第 号

不支給の理由

この欄

To be filled out by claimant

To be filled out by company

\*Consult with the supervising institution when submitting if certification from the company cannot be obtained



# Medical Treatment Expense Payment Claims Form (Form No. 7(1) (back)) Example

様式第7号(1)(裏面)

(ア) 労働者の所属事業場の名称・所在地 Name and address in workplace	(イ) 災害発生の時間 Time (hour, minute, second) Am 午前 時 分 秒 Pm 午後 時 分 秒	(ロ) 災害発生の職名 Job 事実を確認した者の氏名 Name
(フ) 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全又は有害状態があつて(お)どのような災害が発生したかを詳細に記入すること The cause of the accident and the outbreak situation		

Fill out the name and job of the person who confirmed the circumstances of the accident.

## 療養の内訳及び金額

項目	回数	単位	金額	備考
First visit: 初診	1	回	円	yen
Second visit: 再診	1	回	円	yen
Instruction: 指導	1	回	円	yen
Other: その他	1	回	円	yen
Home care: 在宅療養	1	回	円	yen
Food (basic): 食料(基本)	1	回	円	yen
Subtotal: 小計			円	yen
Dosage: 処方				
internal use medicine: 内服薬	1	回	円	yen
external use medicine: 外用薬	1	回	円	yen
Injection: 注射	1	回	円	yen
Operation anesthesia: 手術麻酔	1	回	円	yen
Check: 検査	1	回	円	yen
Image diagnosis: 画像診断	1	回	円	yen
Other: その他	1	回	円	yen
Hospital stay: 入院	1	回	円	yen
Specified hospital fee: 特定入院料	1	回	円	yen
Subtotal: 小計			円	yen
合計金額 Total			円	yen

- ① Where
- ② What were the circumstances
- ③ What type of work were you carrying out at the time
- ④ What was the cause
- ⑤ Clarify what type of accident occurred

該当する事項を丸で囲むこと。  
この費用についての明細書及び看護移送等を添付すること。  
一、傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外  
二、(一)の場合の注記事項を認めた者(確認した者が多数あるときは最初  
(二)の注記事項を認めた者)を記載すること。  
(三)の注記事項を認めた者(確認した者が多数あるときは最初  
(四)の注記事項を認めた者)を記載すること。  
(五)の注記事項を認めた者(確認した者が多数あるときは最初  
(六)の注記事項を認めた者)を記載すること。  
三、傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の  
注記事項(一)及び(二)から(六)までは記載する必要がないこと。  
四、事業主の明は受ける必要がないこと。  
五、事業主の氏名は「請求  
人の氏名」の欄に「病院又は診療所の診療担当者氏名」の欄及び「請求  
人の氏名」の欄に「請求人の氏名」を記載すること。

To be filled out by  
medical institution  
(Details of the treatment and the amount)

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

事業の名称 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

派遣先事業主証明欄 年 月 日 事業場の所在地 \_\_\_\_\_ 郵便番号 \_\_\_\_\_

事業主の氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(法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)

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄

削 字 印  
加 字

社会保険 作成年月日提出代行者の表示 氏 名 電話 番号

労働士 記載欄 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_