

Temporary Absence from Work Compensation Payment Claims Form (Form No. 8)

様式第8号(表面)

業務災害用

労働者災害補償保険

休業補償給付支給請求書
休業特別支給金支給申請書 (同一傷病)

Use form 16-6 for commuting injury

カサタナハマヤラワ
キシチニヒミリン
クスツヌフムルハ
エケセテネヘメレ
オコソトノホモヨロ

濁点、半濁点は一文字として書いてください。(例) カ「ハ」

帳票種別 ※ 34350

修正項目番号(1) 修正項目番号(2) ①管轄局署

② 労働保険番号 Industrial Accident Compensation insurance number

③新継再別 ④ 受付年月日

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

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

Fill out in the order of era name, year and month. Era name: 5 for Showa, 7 for Heisei

⑥ 労働者の生年月日 Birthday
⑦ 負傷又は発病年月日 date of injury or attack

⑧ 業通別 ⑨三者コード ⑩日雇コード ⑪特別加入者

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

⑫ 氏名 Name
⑬ 住所 Address

⑭ 平均賃金 ⑮ 特別給与

Fill out the period you did not work because of treatment (20) and the days you did not receive wage (21) in the period

Enter "1" for Ordinary Savings Accounts and "2" for Current Accounts.

⑯ 療養の期間 ⑰ 療養の経過

⑱ 療養の経過 (傷病の部位及び傷病名)

⑲ 療養の経過 (療養の期間)

⑳ 療養の経過 (療養の経過)

㉑ 療養の経過 (療養の経過)

㉒ 療養の経過 (療養の経過)

㉓ 療養の経過 (療養の経過)

㉔ 療養の経過 (療養の経過)

㉕ 療養の経過 (療養の経過)

㉖ 療養の経過 (療養の経過)

㉗ 療養の経過 (療養の経過)

㉘ 療養の経過 (療養の経過)

㉙ 療養の経過 (療養の経過)

㉚ 療養の経過 (療養の経過)

㉛ 療養の経過 (療養の経過)

㉜ 療養の経過 (療養の経過)

㉝ 療養の経過 (療養の経過)

㉞ 療養の経過 (療養の経過)

㉟ 療養の経過 (療養の経過)

㊱ 療養の経過 (療養の経過)

㊲ 療養の経過 (療養の経過)

㊳ 療養の経過 (療養の経過)

㊴ 療養の経過 (療養の経過)

㊵ 療養の経過 (療養の経過)

㊶ 療養の経過 (療養の経過)

㊷ 療養の経過 (療養の経過)

㊸ 療養の経過 (療養の経過)

㊹ 療養の経過 (療養の経過)

㊺ 療養の経過 (療養の経過)

㊻ 療養の経過 (療養の経過)

㊼ 療養の経過 (療養の経過)

㊽ 療養の経過 (療養の経過)

㊾ 療養の経過 (療養の経過)

㊿ 療養の経過 (療養の経過)

⑫の者については、⑦、⑱、⑳、㉑から㉓まで (㉔の○を除く。)、及び別紙2に記載したとおりであることを証明します。

Employer Certification Field

事業の名称 電話 局番
事業場の所在地 郵便番号
事業主の氏名
労働者の直接所属 事業場名称所在地 電話 局番

㉑ 傷病の部位及び傷病名 The site and name of injury/disease

㉒ 療養の期間 Treatment period year month day year month day, days, net treatment days

㉓ 療養の経過 (Course of injury/disease) Current treatment date cured / death / changed the doctor / stop / continued

㉔ 療養の経過 (The period working was impossible due to treatment: days of days from year month day to year month day)

㉕ 療養の経過 (I prove that about the person (12), the fact is as the section from 28 to 31)

㉖ 療養の経過 (Date Hospital or Clinic Address Name Telephone)

㉗ 療養の経過 (Date of application zip code Telephone)

㉘ 療養の経過 (Claimant's Address Name Sign)

㉙ 療養の経過 (Date of application zip code Telephone)

㉚ 療養の経過 (Claimant's Address Name Sign)

㉛ 療養の経過 (Date of application zip code Telephone)

㉜ 療養の経過 (Claimant's Address Name Sign)

㉝ 療養の経過 (Date of application zip code Telephone)

㉞ 療養の経過 (Claimant's Address Name Sign)

㉟ 療養の経過 (Date of application zip code Telephone)

㊱ 療養の経過 (Claimant's Address Name Sign)

To be filled out by claimant

To be filled out by medical institution

To be filled out by company

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

Seal is not required if filled out by the claimant

Disability Compensation Payment Claims Form (Form 10)(Example)

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

障害特別支給金支給申請書
障害特別年金支給申請書
障害特別一時金

Circle "男" for male or "女" for female

Use form 16-7 for commuting injury

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

Clarify the location where the accident occurred, the work being carried out and the conditions at that time

Only fill out this section if you receive pension payments from the welfare pension insurance system etc. for the same injury, disease etc.

① 労働保険番号 府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 Industrial Accident Compensation Insurance number		③ 氏名 フリガナ Name(Katakana) 氏名 Name (男・女) 生年月日 Birthday 日 (Age 歳) フリガナ Address(Katakana) 住所 Address 職 種 所属事業場名称・所在地		④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 date of injury or attack 午前 午後 時 分 頃	
② 年金証書の番号 管轄局 種 別 西暦年 番号		⑥ 災害の原因及び発生状況(災害発生場所、作業内容、状況等を簡明に記載すること。)		⑤ 傷病の治癒した年月日 年 月 日 date of wound recovered	
⑨ 基礎年金番号 Individual pension number		⑩ 被保険者資格の取得年月日 Total of special salary in one year 日		⑦ 平均賃金 Average wages 円 銭	
⑪ 障害の種類 Kind of pension		⑫ 障害等級 Grade of disability		⑧ 特別給与の総額(年額) 円	
⑬ 支給される年金の種類等 Date to have been provided		⑭ 支給されることとなった年月日 月 日			
⑮ 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード Jurisdiction pension office etc.		⑯ 所轄年金事務所等			
③の者については、④、⑥から⑧まで並びに⑩⑪⑫及び⑬に記載したとおりであることを証明します。					
⑩ 障害の部位及び状態 (診断書のとおり。) Part and symptom of existing trouble ⑪ 既存障害がある場合にはその部位及び状態					
⑫ 添付する書類その他の資料名 Name of appended document					
⑬ 年金の払渡しを希望する金融機関郵便局 Financial institution or post office where transfer of pension is hoped					
金融機関 (支店等を除く。)		※ 金融機関店舗コード		本店・本所 出張所 支店・支所	
名 称		銀行・金庫 支店 郵便局		Branch name	
預金通帳の記号番号		普通・当座 第 号		Sign number of bankbook	
フリガナ		※ 郵便局コード			
名 称		郵便貯蓄又は郵便局		Name of postal savings (katakana)	
所 在 地		都道 府県 市郡 区		Address	
預金通帳の記号番号		第 号		Sign number of bankbook	
障害補償給付の支給を請求します。		zip code		Telephone 局 番	
上記より 障害特別支給金		郵便番号		電話番号	
障害特別年金の支給を申請します。		請求人の住所 Address			
Date of application 年 月 日		請求人の住所 Address			
労働基準監督署長 殿		請求人の氏名 Name		Sign	
振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号			
Financial institution or post office where transfer of pension is hoped		本店・本所 出張所 支店・支所		普通・当座 第 Account number 号	
農協・漁協・信組		Branch name		口座名義人 Nominee	

To be filled out by claimant

To be filled out by company

Seal is not required if filled out by the claimant

Surviving Family Compensation Pension Payment Claims Form (Form 12)(Example)

様式第12号(表面) 業務災害用 労働者災害補償保険 遺族特別支給金 遺族特別年金 支給申請書

遺族補償年金支給請求書 (提出)

Use form 16-9 for commuting injury.

Circle "男" for male or "女" for female

Have this filled out by the work place if you are uncertain of the number

Clarify the location where the accident occurred, the work being carried out and the conditions at that time

Only fill out this section if your receive pension payments from the welfare pension insurance system etc. for the same injury, disease etc.

Enter the claimant's name, date of birth, address, relationship with victim, and whether or not they suffer from any disabilities.

Enter the names of any surviving family other than the claimant who may receive surviving family compensation pension payments

The cause of the disaster and the outback situation

The deceased worker's universal pension number and pension code of pension certificate of employee

The date when the deceased worker became eligible to be covered by the insurance

The type of pension issued regarding to the relevant death

The amount of pension issued

The start date when pension was issued

Universal pension number and pension code of pension certificate of employee

The local social insurance office

Employer Certification Field

Circle "ある" if the person has any disabilities and "ない" if they do not have any disabilities.

Is the person's livelihood tied to that of the claimant's? If yes, circle "いる" and if no, circle "いない".

Financial institution or post office where transfer of pension is hoped

預金の種類及び口座番号

Name Branch name 本店 普通・当座 第 Account number 支店 支所 名義人 Nominee

(物品番号 6312)

To be filled out by claimant

To be filled out by company

Seal is not required if filled out by the claimant

Surviving Family Compensation Lump Sum Payment Claims Form (Form 15)(Example)

様式第15号 (表面)

Use form 16-9 for commuting injury.

労働者災害補償保険 遺族補償一時金支給請求書 遺族特別支給金支給申請書 遺族特別一時金支給申請書

Circle "男" for male or "女" for female

[注意]

一括適用の③の死亡

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

Clarify the location where the accident occurred, the work being carried out and the conditions at that time

事業場名称、死亡労働者の直接所属する事業場が、場等の場合に記入して下さい。

Enter the claimant's name, date of birth, address, relationship with victim, and whether or not they suffer from any disabilities.

① 労働保険番号 Industrial Accident Compensation insurance number		③ フリガナ Name(Katakana)		④ 負傷又は発病年月日 date of injury or attack	
所掌管轄	基幹番号	枝番号	氏名 Name (男・女)	年 月 日	午後 時 分頃
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号 枝番号			死亡労働者の 生年月日 Birthday 月 日 (Age 歳)	⑤ 死亡年月日 date of wound recovered	
			労働者の 所属事業場 名称 所在地 Industrial category	年 月 日	
⑥ 災害の原因及び発生状況 The cause of the disaster and the outbreak situation				⑦ 平均賃金 Average wages 円 銭	
				⑧ 特別給与の総額(年額) Total of special salary In one year 円	
⑨の者については、④及び⑥から⑧までに記載したとおりであることを証明します。					
事業の名称 年 月 日 Employer Certification Field 郵便番号 事業場の所在地 事業主の氏名 (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)					
⑨ 請求人 Claimant's name		生年月日 Birthday		住所 Address	
氏名 Name		年 月 日		死亡労働者との関係 to worker	
		年 月 日		請求人(申請人)の代表者を 選任しないときはその理由	
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
⑩ 添付する書類その他の資料名 Name of appended document					

遺族補償一時金の支給を請求します。
上記により遺族特別支給金の支給を申請します。

Date of application 年 月 日		Claimant's 請求人 申請人の (代表者) 住所 Address		A zip code 郵便番号		Telephone 電話番号		局番	
労働基準監督署長 殿				氏名 Name		Sign			
振込を希望する銀行等の名称 (郵便貯金銀行の支店等を除く) Financial institution or post office where transfer of pension is hoped				預金の種類及び口座番号					
Name 銀行・金庫 農協・漁協・信組		Branch name 本店 支店 支所		普通・当座 名義人 Nominee		第 Account number 号			

(物品番号 62110) 19.

To be filled out by claimant

To be filled out by company

Seal is not required if filled out by the claimant