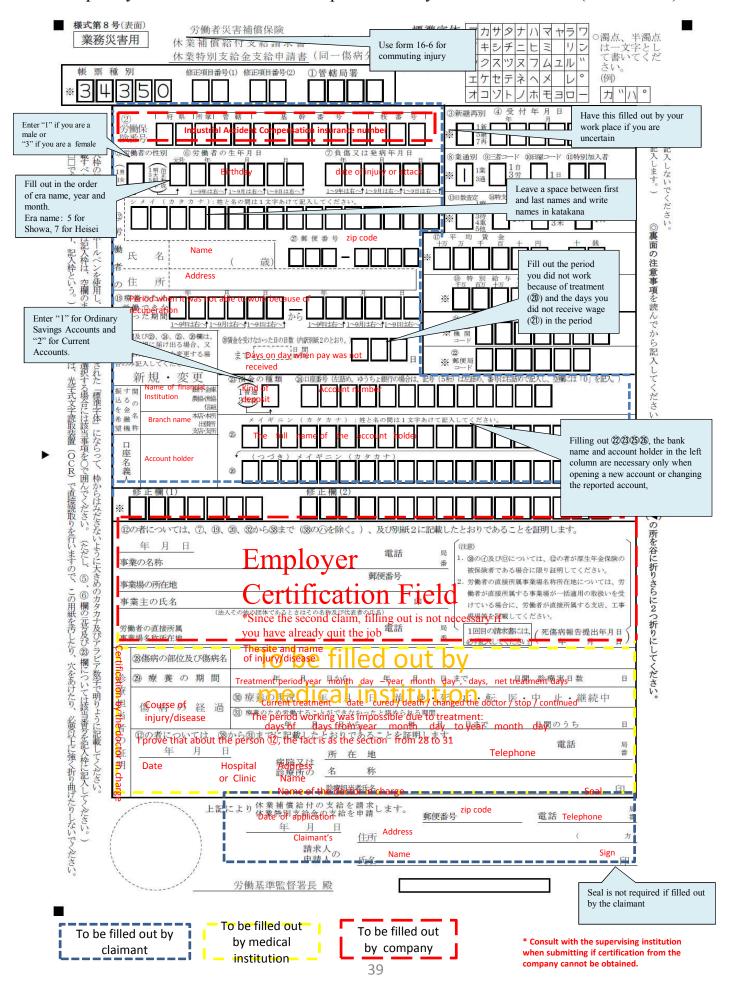
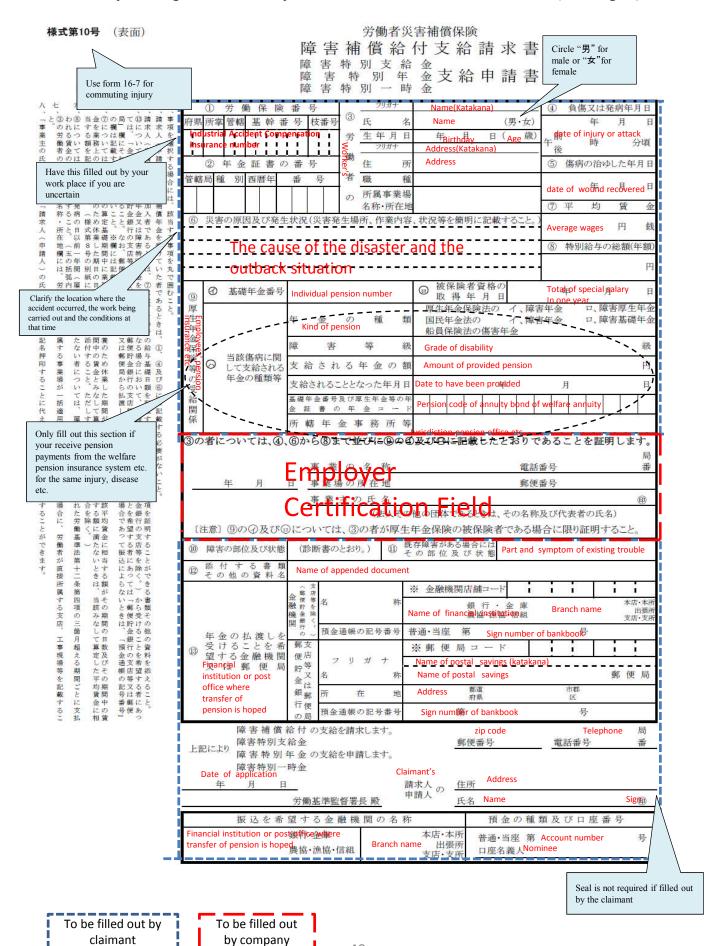
Temporary Absence from Work Compensation Payment Claims Form (Form No. 8)

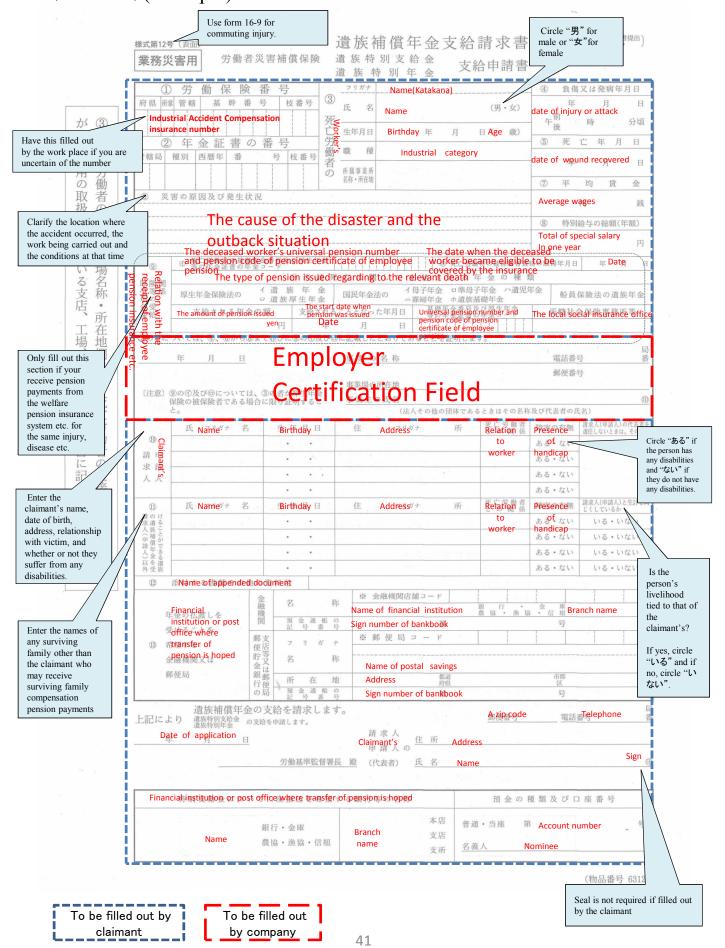


Disability Compensation Payment Claims Form (Form 10) (Example)



40

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



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

様式第15号(表面	ī()		•	X 2 401 1 111				<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>	
		_			害補償保険			Circle "男" for nale or "女"for	
Use form 16-9 for			遺族有	非償一時	f金支給記金 支給日金	青求書		emale	
commuting injury.		÷	夏 族 代	F 別 文 紹 F 別 一 時	金 支給日	申請書			
〔注意〕	F				Name(Katakana		/_	# # 7 1 7 ÷ ÷	
	4週 旅	労働保険番号 掌管轄基幹番号 枝番		リガナ			4	負傷又は発病な	
一 ③ 括 適 死 用 亡		strial Accident Compensation	号 死 <mark>W</mark> 氏	名	Name	(男・	女) dat	年 月 e of injury or attac	:k
括適用の	insur	ance number	世 生	年月日	Birtfiday 月	日(_{Age}	歳) 午	斯 後	分頃
	2	年金証書の番号	労 働 職	種	Industrial cat	egory	(5)	死亡年	∃ 日
lave this filled out by your york place if you are	管轄局	重別 西暦年 番 号 枝都	= 7 +	属事業場	······································		dat	e of wஆund reஞv	ered _🗆
ncertain			の角所	本 本 本 地					
す	B	災害の原因及び発生状況	:1	LL 25			7	平 均 賃	金
ている支店、	/ [ا				Ave	erage wages 円	銭
支名 / / 店 称 / /	1	The cause of the		ister an	a tne		8	特別給与の総額	(年額)
T/		outback situat	ion		••••••			al of special salary	
Clarify the location where								one year	円
ne accident occurred, the vork being carried out and	30±	者については、④及び⑥か	らのすでに	記載したと	おりであるこ	レを証明し	‡ -d⁻ _		— 1
ne conditions at that time	(((((((((((((((((((90x (1	-m4,0/cc	45 7 Cay 2 C C	_ e mr.91 C .		= 4 75 □	局番
場 等 死							電	話番号	
の亡場労		_	事	事業の名	称				
合働に考	_	年 月 🗗	าрเอ	yer (Certifi	catio) N <u>郵</u>	便番号	
記の				事業場の所在					
し接		FI€	– טונ						<u> </u>
て所下属			当	業主の氏		スときけその	の名称及	び代表者の氏名	<u>(a)</u>
場等の場合に記入して下さい。		フリガナ. 4	年月日	住			上ガ側名 Mat関n係	請求人(申請人)の代	
• 事	9		Birthday		Address		letat関n係 O	選任しないときはそ	の理由
場	請申			B			worker		
7),	Ca	年		=					
Enter the claimant's name,	求請	年	月	I					
date of birth, address,	nt's	年	.月	Ħ					
relationship with victim, and whether or not they		年	月	目		•			
suffer from any disabilities.] [年	月	B				,	
	N	lame of appended document	_	;					
	10 %	添付する書類その他の資料	名.						
									
	上部	遺族補償一時	金の支給						
		により遺族特別支給会 一一一遺族特別一時会	での支料	を申請し	ます。	A zip code		Tolophono	1
					郵伯	更番号		Telephone 電話番号	局 番
*		Date of application 年 月 日		Claimant's					方
				請求人申請人の)住 所 Addr	ess			
				(代表者)	1生 //				Sign
	労働基準監督署長 殿 氏 名 Name 印								<u> </u>
	「「「」」「「「」」「「」」「「」「「」「「」「「」「「」「「」「」「「」						の種類	及び口座番号	 /\
	Financi	Financial institution or post office where transfer of pension is hoped 本店 普通・当座 銀行・金庫 Branch 井井							
								第Account number 号	
	1	Name 農協・漁協・信組 name 文店 支所 名義人 Nomi						·	
				1	,			(物品番号 62110) 19.
	,								uired if filled o
To be filled ou	it by	To be filled out	t					by the claimar	nt
claimant	. !	by company						•	