

Funeral Expense Claims Form (Form 16) (Example)

Use form 16-10 for commuting injury.

様式第16号 (表面) **業務災害用**

労働者災害補償保険
葬祭料請求書

Circle "男" for male or "女" for female

① 労働保険番号 府県 所管 管轄 基幹 番号 枝番号 Industrial Accident Compensation Insurance number		③ フリガナ 氏名 Name(katakana)	
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号		請求人の住所 Address	
		死亡者の労働との関係 Relation to worker	
④ フリガナ 氏名 Name(Katakana) (男・女)		⑤ 負傷又は発病年月日 年 月 日 date of injury or attack 午前 午後 時 分頃	
死亡労働者の職 種 Industrial category			
所属事業場 名称・所在地 Address		⑦ 死亡年月日 date of death 年 月 日	
⑥ 災害の原因及び発生状況 The cause of the disaster and the outback situation		⑧ 平均賃金 Average wages 円 銭	
④の者については、⑤、⑥及び⑧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 _____ 電話番号 _____ 局番 _____ 年 月 日 _____ 郵便番号 _____ 事業場の所在地 _____ 事業主の氏名 _____ ⑨ (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 添付する書類その他の資料名 Name of appended document			
上記により葬祭料の支給を請求します。			
Date of application 年 月 日		郵便番号 A zip code _____ 電話番号 Telephone _____ 局番 _____	
労働基準監督署長 殿		請求人の住所 Address _____ 氏名 Name _____ ⑩ Sign	
Financial institution where transfer is hoped 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)		預金の種類及び口座番号 普通・当座 第 Account number _____	
Name 銀行・金庫 農協・漁協・信組		Branch name 本店 支店 支所 名義人 Nominee _____	

(物品番号 62111)

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

To be filled out by claimant

To be filled out by company

Seal is not required if filled out by the claimant

Nursing Care Compensation Payment Claims Form (Form No. 16 - 2-2) (Example)

様式第16号の2の2(表面)

介護補償給付 労働者災害補償保険 支給請求書
介護給付

標準字体 アカサエ
0 1 2 3 4 イ キ シ

For Employment Injury circle "介護補償給付" (Nursing Care Compensation Payment) and for commuting injury circle "介護給付" (nursing payments).

① 管轄局番 ② 受付年月日 ③ 特別
※ 35290

(注意) ⑤ 管轄局 種別 西暦年 番号
Number of annuity bond

(二) ⑥ 氏名(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左ズメで記入してください。
Name(Katakana) Birth day 生年月日 年 月

⑦ 請求対象年月 ⑧ 費用を支出して介護を受けた日数 ⑨ 介護に要する費用と介護に要する費用と
Years of object Days that requires to nurse Amount expended as cost

⑩ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員
Enter the number of days for which payment was made and nursing care received

⑪ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

⑫ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

⑬ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

⑭ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

⑮ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

⑯ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

⑰ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

⑱ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

⑲ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

⑳ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

㉑ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

㉒ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

㉓ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

㉔ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

㉕ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

㉖ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

㉗ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

㉘ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

㉙ 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員

If receiving annuity bonds, note the annuity bond number.

Write the date in "era", "year", "month" order. (The Heisei era is number 7)

Only fill out items 28-31 and the financial institution name and account holder name fields when registering a new account or changing an existing registered account.

If care was received at home, circle "イ", if care was received at a facility, etc., circle "ロ".

Enter the name, date of birth and relationship of the person who provided nursing care, the period during which care was provided (the first and last days care was provided) and the number of days care was provided. For class "ハ" and "ニ", the name, date of birth and relationship do not need to be entered

It states it concerning the fact of nursing [介護の事実に関する申立て]

私は、上記(リ)及び(ヌ)のとおり介護に従事したことを申し立てます
住所 Address 氏名 Name 印 Sign 電話番号 Telephone

Check the type of pension being received and note the class

If the person who provided care is a family, circle "イ", if they are a friend or acquaintance, circle "ロ", if they are a nurse or domestic helper, circle "ハ" and if they are facility staff, circle "ニ".

Seal is not required if filled out by the claimant

Claims Forms and Submission Points for Each Type of Insurance benefits

Benefit Type	Employment or Commuting	Claims Form	Form No.	Submit to
Medical (Compensation) Benefits	Employment Injury	Medical Treatment Benefits Claims Form for Medical Compensation Benefits	No.5	The chief of the relevant Labour Standards Inspection Office Via Hospital, Pharmacy, etc.
	Commuting Injury	Medical Treatment Benefits Claims Form for Medical Treatment Benefits	No.16-3	
	Employment Injury	Treatment Expense Claims Form for Medical Compensation Benefits	No.7	The relevant Labour Standards Inspection Office
	Commuting Injury	Treatment Expense Claims Form for Medical Treatment Benefits	No.16-5	
Temporary Absence from Work (Compensation) Benefits	Employment Injury	Absence from Work Compensation Payment Claims Form	No.8	The relevant Labour Standards Inspection Office
	Commuting Injury	Absence from Work Payment Claims Form	No.16-6	
Disability (Compensation) Benefits	Employment Injury	Disability Compensation Payment Claims Form	No.10	
	Commuting Injury	Disability Payment Claims Form	No.16-7	
Surviving Family (Compensation) Benefits	Employment Injury	Surviving Family Compensation Pension Payment Claims Form	No.12	
	Commuting Injury	Surviving Family Pension Payment Claims Form	No.16-8	
	Employment Injury	Surviving Family Compensation Lump Sum Payment Claims Form	No.15	
	Commuting Injury	Surviving Family Lump Sum Payment Claims Form	No.16-9	
Funeral Expenses (Funeral Rites Benefits)	Employment Injury	Funeral Expense Claims Form	No.16	
	Commuting Injury	Funeral Rites Benefits Claims Form	No.16-10	
Nursing Care (Compensation) Benefits		Nursing Care Compensation Payment • Nursing Care Payment Claims Form	No.16-6	

(March 2014)