

Ejemplo de entrada de la solicitud del subsidio para el tratamiento medico(Forma N ° 5)

En el caso de accidentes del desplazamiento por trabajo utiliza Forma N ° 16-3

Solicitar a la empresa completar el campo si no está seguro.

Número de seguro de compensación para trabajadores

Por favor, describa en el orden de la era, año, mes.  
Era : Showa es 5  
Heisei es 7

Fecha de nacimiento

Fecha de herida o ataque

Nombre (katakana)

Nombre

Edad

Hora de herido o ataque  
Am  
Pm

Rellenar el título del trabajo y el nombre completo de la persona que confirmó los hechos del accidente.

Rellenar su nombre en katakana con una plaza entre el nombre y apellido.

Dirección

Código postal

posición

Nombre

La causa del accidente y la situación interior

Describir claramente los siguientes:  
①Donde  
②Cual situación  
③Cual clase de trabajo  
④Que causas  
⑤Qué accidente ha ocurrido

\*Campo a rellenar por el propietario de la empresa

Jefe de la oficina de inspección de las normas laborales local

Código postal

Teléfono

Nombre de hospital

Solicitante

Dirección

teléfono

Nombre

Firma

En caso de la firma manuscrita, no requiere el sello.

Es parte de la solicitante para llenar

Es parte de la compañía para llenar

※ Si usted no recibe un certificado de la empresa, por favor póngase en contacto con la oficina de inspección de las normas laborales local.

# Ejemplo de entrada de la solicitud para los gastos del tratamiento medico (Forma N° 7(1)(Anverso))

Formulario de solicitud de reembolso de gastos médicos (Forma N° 7(1)(Anverso)).

**En el caso de accidentes del desplazamiento por trabajo utiliza Forma N° 16-5(1)**

**Solicitar a la empresa completar el campo si no está seguro.**

**Por favor, describa en el orden de la era, año, mes. Era : Showa es 5 Heisei es 7**

**Rellenar su nombre en katakana con una plaza entre el nombre y apellido.**

**Rellenar si es hombre '1', si es mujer '3'**

**Rellenar si es Cuenta de Ahorro "1", si es Cuenta de Corriente "2"**

**En las espacios de 22,23,25,26, el nombre de entidad financiera, Titular de la cuenta de la izquierda, rellenar solo en caso de registrar la cuenta nueva o cambiar la cuenta registrada**

**\* Campo a rellenar por el propietario de la empresa**

**\* No se requiere en el caso de solicitar segundo vez o mas, y después de dejar su trabajo**

**Campo a rellenar por la institución medica**

**En caso de la firma manuscrita, no requiere el sello.**

Es parte de la solicitante para llenar

Es parte de la institución medica para llenar

Es parte de la compañía para llenar

※ Si usted no recibe un certificado de la empresa, por favor póngase en contacto con la oficina de inspección de las normas laborales local.

# Ejemplo de entrada de la solicitud para los gastos del tratamiento medico (Forma N ° 7 (1) (Reverso))

**様式第7号(1) 逆面**

労働者の所属事業場の名称・所在地: **Nombre y direcciones del lugar de trabajo**

災害発生の事実を確認した者の氏名: **Trabajo**  
**Nombre**

労働者の氏名: **Nombre**

労働者の住所: **Domicilio**

労働者の生年月日: **Fecha de nacimiento**

労働者の性別: **Sexo**

労働者の職種: **Categoría de trabajo**

労働者の雇用形態: **Forma de contratación**

労働者の就業期間: **Período de empleo**

労働者の賃金: **Salario**

労働者の賞与: **Beneficios**

労働者の退職金: **Indemnización**

労働者の退職金受取権利: **Derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の有無: **Abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の理由: **Razón del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の時期: **Fecha de abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の場所: **Lugar de abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の方法: **Método de abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の有効性: **Eficacia del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の有無: **Cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の理由: **Razón de la cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の時期: **Fecha de cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の場所: **Lugar de cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の方法: **Método de cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の有効性: **Eficacia de la cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の取消の有無: **Cancelación de la cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の取消の理由: **Razón de la cancelación de la cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の取消の時期: **Fecha de cancelación de la cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の取消の場所: **Lugar de cancelación de la cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の取消の方法: **Método de cancelación de la cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の取消の有効性: **Eficacia de la cancelación de la cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の取消の取消の有無: **Cancelación de la cancelación de la cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の取消の取消の理由: **Razón de la cancelación de la cancelación de la cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の取消の取消の時期: **Fecha de cancelación de la cancelación de la cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の取消の取消の場所: **Lugar de cancelación de la cancelación de la cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の取消の取消の方法: **Método de cancelación de la cancelación de la cancelación del abandono del derecho a indemnización**

労働者の退職金受取権利の放棄の取消の取消の取消の有効性: **Eficacia de la cancelación de la cancelación de la cancelación del abandono del derecho a indemnización**

Rellenar el título del trabajo y el nombre completo de la persona que confirmó los hechos del accidente.

La causa del accidente y la situación interior

**療養の内訳及下金額**

療養の内訳	回数	単位	単価	金額	療養の内訳	回数	単位	単価	金額
Primera visita	1	回	円	yen	Primera visita:				yen
Segunda visita	1	回	円	yen	Segunda visita:				yen
Instrucción	1	回	円	yen	Instrucción:				yen
Otro:					Otro:				
Alimento (base)			円	yen					
Tratamiento en la casa:									
domicilio	x	veces	円	yen					
Noche	x	veces	円	yen					
emergencia / noche	x	veces	円	yen					
veces de domicilio	x	veces	円	yen					
otro	x	veces	円	yen					
Medicamento	x	veces	円	yen	Subtotal ②				yen
Medicina oral medicamento	unidad								
medicamento preparado por boticario	x	veces							
medicamento único	unidad								
Medicamento de aplicación externo	unidad								
medicamento preparado por boticario	x	veces							
Tratamiento narcótico y tóxico	x	times							
coste básico de medicamento preparado por boticario	x	times							
Inyección: subcutánea e intramuscular	veces								
intravenoso	veces								
otro	veces								
Tratamiento: medicamento	veces								
Operación anestesia: medicamento	veces								
Examen: medicamento	veces								
Imagen diagnóstica: medicamento	veces								
Otro: prescripción medicamento	veces								
Hospitalización: fecha de hospitalización									
Hospital / clínica / ropa:									
Coste básico del hospitalización / adición	x	días	円	yen					
	x	días	円	yen					
	x	días	円	yen					
	x	días	円	yen					
	x	días	円	yen					
Coste especial del hospitalización / otro									
Subtotal			円	yen	Total ①+②			円	yen

Describir claramente los siguientes:

- ① Donde
- ② Cual situación
- ③ Cual clase de trabajo
- ④ Que causas
- ⑤ Qué accidente ha ocurrido

**Campos a rellenar por la institución médica (Los detalles del tratamiento y el coste)**

事業主が証明する事項 (表面の内容及び(ア)、(イ)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: \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_

事業場の所在地: \_\_\_\_\_ 郵便番号: \_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_ 印

社会保険 労働者 記載欄	作成年月日 印	氏名	電話番号
--------------------	------------	----	------

氏名	電話番号
----	------

# Ejemplo de entrada de La solicitud del subsidio con indemnización por perdida de ingreso (Forma N° 8)

様式第8号(表面)  
業務災害用  
休業補償給付支給請求書  
休業特別支給金支給申請書(同一労働者)

En el caso de accidentes del desplazamiento por trabajo utiliza Forma N° 16-6

郵便番号 34350

タナハマヤラフ  
チニヒミリン  
ツスフムル  
エケセテネヘメレ  
オコソトノホモヨロ

Rellenar si es hombre '1', si es mujer '3'

労働者の性別 労働者の生年月日

Solicitar a la empresa completar el campo si no está seguro.

Por favor, describa en el orden de la era, año, mes. Era: Showa es 5 Heisei es 7

傷病の発生年月日 傷病又は発病年月日

Rellenar su nombre en katakana con una plaza entre el nombre y apellido.

氏名 (職) Dirección

Rellenar el período que no podría estar trabajando para el tratamiento médico(20), el número de días(21) que no recibieron los salarios

Rellenar si es Cuenta de Ahorro "1", si es Cuenta de Corriente "2"

Período en el que no era capaz de trabajar a causa del tratamiento  
Días en los días que no se recibió pago

Nombre de institución médica Tipo de depósito Número de cuenta  
Nombre de sucursal  
Titular de la cuenta  
El nombre completo del titular de la cuenta

En las espacios de 22,23,25,26, el nombre de entidad financiera, Titular de la cuenta de la izquierda, rellenar solo en caso de registrar la cuenta nueva o cambiar la cuenta registrada

事業の名称  
事業場の所在地  
事業主の氏名  
労働者の直接所属  
事業場の所在地

**\* Campo a rellenar por el propietario de la empresa**

**\* No se requiere en el caso de solicitar segundo vez o mas, y después de dejar su trabajo**

El lugar afectado y el nombre de herida/ enfermedad  
Período: desde año mes día - hasta año mes día día total días netos de tratamiento  
Resumen de la evolución de la herida / enfermedad  
Período reconocido que no podría trabajar : desde a lo mes día hasta año mes día total días sobre días  
Demuestro que sobre la persona (12), lo cierto es que el sección del 28 al 31

**El lugar afectado y el nombre de herida/ enfermedad**

**Período: desde año mes día - hasta año mes día día total días netos de tratamiento**

**Resumen de la evolución de la herida / enfermedad**

**Período reconocido que no podría trabajar : desde a lo mes día hasta año mes día total días sobre días**

**Demuestro que sobre la persona (12), lo cierto es que el sección del 28 al 31**

Hospital o clínica  
Dirección  
Nombre de doctor encargado  
Firma

Fecha de solicitud  
Solicitante  
Dirección  
Nombre

En caso de la firma manuscrita, no requiere el sello.

Es parte de la solicitante para llenar

Es parte de la institución médica para llenar

Es parte de la compañía para llenar

※ Si usted no recibe un certificado de la empresa, por favor póngase en contacto con la oficina de inspección de las normas laborales local.