

# Ejemplo de entrada de la solicitud del subsidio con indemnización para impedido (Forma N° 10)

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 障害特別一時金

Marcar con un circulo si es hombre en '男', si es mujer '女'

En el caso de accidentes del desplazamiento por trabajo utiliza Forma N° 16-7

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

Describir el lugar del accidente, el trabajo en ese momento, y la situación.

Rellenar sólo en caso de beneficiarse las pensiones, como el seguro de previsión social de la misma enfermos y heridos.

① 労働保険番号 府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号 府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号 府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号		③ 氏名 氏名 (男・女) 生年月日 (歳) 住所 職業 所屬事業場 名称・所在地		④ 負傷又は発病年月日 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		⑤ 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)		⑥ 傷病の治癒した年月日 年月日	
⑦ 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)				⑧ 特別給与の総額(年額) 円 銭	
⑨ 基礎年金番号 基礎年金番号		⑩ 被保険者資格の取得年月日 年月日		⑪ 平均賃金 円 銭	
⑫ 障害等級 障害等級		⑬ 障害程度 障害程度		⑭ 特別給付の総額(年額) 円 銭	
⑯ 支給される年金の額 支給されることとなった年月日		⑰ 支給されることとなった年月日		⑱ 特別給付の総額(年額) 円 銭	
⑲ 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード		⑳ 所轄年金事務所等 所轄年金事務所等		㉑ 特別給付の総額(年額) 円 銭	
⑳の者については、㉒、㉓から㉕まで並びに㉖㉗㉘及び㉙に記載したとおりであることを証明します。					
*Campo a rellenar por el propietario de la empresa					
㉒ 障害の部位及び状態 (診断書のとおり) ㉓ 既存障害がある場合にはその部位及び状態					
㉔ 添付する書類その他の資料名					
⑳ 預金通帳の記号番号 預金通帳の記号番号		㉕ 普通・当座 第 号 普通・当座 第 号		㉖ 郵便局コード 郵便局コード	
㉗ フリガナ フリガナ		㉘ 郵便局 郵便局		㉙ 郵便局 郵便局	
㉚ 所在地 所在地		㉛ 郵便局 郵便局		㉜ 郵便局 郵便局	
㉝ 預金通帳の記号番号 預金通帳の記号番号		㉞ 普通・当座 第 号 普通・当座 第 号		㉟ 郵便局コード 郵便局コード	
⑳ 障害補償給付の支給を請求します。 障害特別支給金 上記より 障害特別年金の支給を申請します。 障害特別一時金		㉒ 郵便番号 郵便番号		㉓ 電話番号 電話番号	
㉔ 請求人の住所 請求人の住所		㉕ 請求人の氏名 請求人の氏名		㉖ 請求人の住所 請求人の住所	
㉗ 振込を希望する金融機関の名称 振込を希望する金融機関の名称		㉘ 預金の種類及び口座番号 預金の種類及び口座番号		㉙ 請求人の住所 請求人の住所	

Es parte de la solicitante para llenar

Es parte de la compañía para llenar

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

# Ejemplo de entrada de la solicitud de la pensión con indemnización a la familia de un difunto (Forma N° 12)

En el caso de accidentes del desplazamiento por trabajo utiliza Forma N° 16-9

Marcar con un círculo si es hombre en '男', si es mujer '女'

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

Describir el lugar del accidente, el trabajo en ese momento, y la situación.

Relación con el subsidio de pensiones del trabajador

Rellenar sólo en caso de beneficiarse las pensiones, como el seguro de previsión social de la misma enfermos y heridos.

Describir el nombre del solicitante, el fecha de nacimiento, la dirección, y la relación con la víctima, la presencia o ausencia del impedido.

Rellenar el sobreviviente calificado para recibir la pensión y indemnización a la familia de un difunto que no sea el solicitante.

Es parte de la solicitante para llenar

Es parte de la compañía para llenar

Marcar el círculo en caso de tener un impedido «ある» si no tiene "ない"

Marcar el círculo en caso que vive con el solicitante o si mismo "いる" si es diferente "いない"

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

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

**La causa del accidente y la situación interior**

Número de la pensión básico y código de la pensión de la certificación de pensión como el seguro de previsión social para trabajador fallecido

El tipo de pensión emitida con respecto a la muerte relevante

La fecha en que el trabajador fallecido se convirtió en elegible para ser cubierto por el seguro

La fecha de inicio de la pensión emitida

Número de la pensión básico y código de la pensión de la certificación de pensión como el seguro de previsión social

La oficina local de seguros sociales

Año mes día

Nombre(katakana)

Nombre

Fecha de nacimiento

Categoría de Ocupación

Fecha de herida o ataque

Fecha de la herida restablecida

Salario medio

Total del salario especial en un año

Relación con el subsidio de pensiones del trabajador

Nombre

Fecha de nacimiento

Dirección

Relación con el trabajador

Presencia de handicap

Nombre del documento adjunto

Institución financiera o caja postal donde se espera la transferencia de las pensiones

Nombre de la institución financiera

Número de libreta de ahorros o corriente

Nombre de sucursal

Nombre de caja postal

Dirección

Número de libreta de ahorros o corriente

Código postal

Teléfono

Fecha de solicitud

Solicitante

Dirección

Nombre

Firma

Institución financiera o caja postal donde se espera la transferencia de las pensiones

Nombre de sucursal

Nombre de cuenta

Titular de la cuenta

物品番号 6312

# Ejemplo de entrada de la solicitud del pago único con indemnización a la familia de un difunto (Forma N° 15)

様式第15号 (表面)

En el caso de accidentes del desplazamiento por trabajo utiliza Forma N° 16-9

Marcar con un circulo si es hombre en '男', si es mujer '女'

## 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

〔注意〕

③の死亡一括適用の

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

Describir el lugar del accidente, el trabajo en ese momento, y la situación.

事業場名称  
所在支店、工場

は、死亡労働者の直接所属する事業場が現場等の場合に記入して下さい。

Describir el nombre del solicitante, el fecha de nacimiento, la dirección, y la relación con la víctima, la presencia o ausencia del impedido.

① 労働保険番号 県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 Número de seguro de compensación para trabajador	③ フリガナ 氏名 生年月日 死した労働者の所属事業場所在地 死した労働者の氏名 生年月日 死した労働者の所属事業場所在地	Nombre(katakana) Nombre (男・女) Fecha de nacimiento (Edad) Categoría de Ocupación	④ 負傷又は発病年月日 年月日 午前 午後 時 分 頃 Fecha de herida o ataque
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号 枝番号	⑥ 災害の原因及び発生状況 La causa del accidente y la situación interior	⑤ 死亡年月日 年月日 Fecha de la herida restablecida	⑦ 平均賃金 円 銭 Salario medio
⑧ 特別給与の総額(年額) 円 Total del salario especial en un año		⑨ ③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。	
*Campo a rellenar por el propietario de la empresa			
事業の名称 年 月 日		電話番号	局番
事業場の所在地 年 月 日		郵便番号	
(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)			
⑩ 添付する書類その他の資料名	氏名 Nombre	生年月日 Fecha de nacimiento	住所 Dirección
	請求人 Solicitante	死亡労働者と関係 con el trabajador	請求人(申請人)の代表者を 選任しないときはその理由
	請求人 Solicitante	死亡労働者と関係 con el trabajador	請求人(申請人)の代表者を 選任しないときはその理由
	請求人 Solicitante	死亡労働者と関係 con el trabajador	請求人(申請人)の代表者を 選任しないときはその理由
	請求人 Solicitante	死亡労働者と関係 con el trabajador	請求人(申請人)の代表者を 選任しないときはその理由
	請求人 Solicitante	死亡労働者と関係 con el trabajador	請求人(申請人)の代表者を 選任しないときはその理由
	請求人 Solicitante	死亡労働者と関係 con el trabajador	請求人(申請人)の代表者を 選任しないときはその理由

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。

請求日 年 月 日	請求人 Solicitante	郵便番号 Código Postal	電話番号 Teléfono	局番 局番
労働基準監督署長 殿	請求人 申請人の (代表者)	住所 Dirección	氏名 Nombre	氏名 Nombre
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) Institución financiera o caja postal donde se espera la transferencia de las pensiones		預金の種類及び口座番号 普通・当座 第 Número de cuenta 号		
銀行・金庫 農協・漁協・信組	本店 支店 支所	普通・当座	第	番号
Nombre	Nombre de sucursal	名義人 Titular de la cuenta		号

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

Es parte de la solicitante para llenar

Es parte de la compañía para llenar

# Ejemplo de entrada de la solicitud de los gastos funerales (Forma N° 16)

様式第16号(表面)

業務災害用

En el caso de accidentes del desplazamiento por trabajo utiliza Forma N° 16-10

Marcar con un círculo si es hombre en '男', si es mujer '女'

## 労働者災害補償保険 葬祭料請求書

① 労働保険番号 府県所管管轄 基幹番号 枝番号 Número de seguro de compensación para trabajador		③ フリガナ 氏名 Nombre(katakana)	
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号		住所 Dirección	
		死亡者との関係 Relación con el trabajador	
④ フリガナ 氏名 Nombre(katakana) (男・女)		⑤ 負傷又は発病年月日 年 月 日 Fecha de herida o ataque 午後 時 分頃	
死亡年月日 Fecha de nacimiento Categoría de Ocupación		⑦ 死亡年月日 年 月 日 Fecha de fallecimiento	
労働者の所属事業場 の所属事業場 名称・所在地 Dirección		⑧ 平均賃金 Salario medio 円 銭	
⑥ 災害の原因及び発生状況 La causa del accidente y la situación interior			
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。 *Campo a rellenar por el propietario de la empresa			
事業の名称		電話番号	局番
年 月 日	郵便番号	郵便番号	
事業場の所在地		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		Nombre del documento adjunto	
上記により葬祭料の支給を請求します。			
Fecha de solicitud 年 月 日		郵便番号 Código postal	電話番号 Teléfono
Solicitante 請求人の住所 Dirección		Firma	
労働基準監督署長 殿		氏名 Nombre	
Institución financiera o caja postal donde se espera la transferencia de las pensiones 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 Número de cuenta	
Nombre 銀行・金庫 農協・漁協・信組	Nombre de sucursal 本店 支店 支所	名義人 Titular de la cuenta	

Describir el lugar del accidente, el trabajo en ese momento, y la situación.

Es parte de la solicitante para llenar

Es parte de la compañía para llenar

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

# Ejemplo de entrada de la solicitud del subsidio con indemnización para el asistente capacitado (Forma N° 16-2-2)

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 標準字体 アカサ

紙票種別 ※ 35290

(注意) (一) ⑤ 官制局(種別) 西暦年 番号 (二) ⑧ 氏名(カタカナ): 姓と名の間は1文字あけて左づめで記入してください。

Impedido Grato  
Herida y enfermedad

Fecha de nacimiento

Marcar con un círculo en caso de accidente del trabajo, "介護補償給付", en caso de accidentes del desplazamiento por trabajo, "介護給付".

Marcar el tipo de pensión que recibe y escribir grado

Escribir el número del certificado de la pensión si ha recibido un certificado de pensión.

Por favor, describa en el orden de la era, año, mes. (Heisei es 7)

Calcular el coste de los gastos y escribir el número de días que recibió la asistente capacitado

Institución financiera o caja postal donde se espera la transferencia de las pensiones

Titular de la cuenta

En las espacias de 28-31 y el espacio derecho, rellenar solo en caso de registrar la cuenta nueva o cambiar la cuenta registrada

En caso de recibir el asistente capacitado en domicilio, marca el círculo en "イ", caso de recibir en institución marca el círculo en "ロ"

Escribir el nombre, la fecha de nacimiento, la relación, el periodo del asistente capacitado y nombre de días del asistente capacitado sobre la persona que se realiza el aistente capacitado. En caso de la division es "ハ" o "ニ", no necesita escribir el nombre, la fecha de nacimiento, y la relación.

En caso que la persona que se realiza el asistente capacitado es la familia marca el círculo en "イ", en caso de amigo o conocido marca el círculo en "ロ", en caso de enfermera o empleada, "ハ", caso del empleo de institución, marca el círculo en "ニ"

Solicitar a la persona que se realizo el asistente capacitado, su nombre, su dirección y número de teléfono.

Personas dedicadas a la enfermería

Nombre del documento adjunto

Código postal Dirección

Nombre Dirección Firma Teléfono

## Forma de solicitud de cada subsidio y presentación

Tipo del subsidio	Accidente de trabajo o accidente de en el desplazamiento por trabajo	Nombre de la forma	Numero de forma	Presentación
Subsidio(indemnización) para tratamiento medico	Accidente de trabajo	Solicitud de subsidio con indemnización para tratamiento médico	5	Jefe de la oficina de inspección de las normas laborales local a través de la institución médica o la farmacia
	Accidente en el desplazamiento por trabajo	Solicitud de subsidio del tratamiento médico para el subsidio de un tratamiento médico	16-3	
	Accidente de trabajo	Solicitud de coste para tratamiento médico (forma N°7) para el subsidio con indemnización	7	Jefe de la oficina de inspección de las normas laborales local
	Accidente en el desplazamiento por trabajo	Solicitud de coste del tratamiento médico para el subsidio de un tratamiento médico	16-5	
Subsidio (indemnización) por pérdida de ingresos	Accidente de trabajo	Solicitud de subsidio con indemnización por pérdida de ingresos	8	Jefe de la oficina de inspección de las normas laborales local
	Accidente en el desplazamiento por trabajo	Solicitud de subsidio por pérdida de ingresos	16-6	
Subsidio (indemnización) para impedido	Accidente de trabajo	Solicitud de subsidio con indemnización para impedido	10	Jefe de la oficina de inspección de las normas laborales local
	Accidente en el desplazamiento por trabajo	Solicitud de subsidio para impedido	16-7	
Subsidio ( indemnización) para la familia de un difunto	Accidente de trabajo	Solicitud de pensión y indemnización a la familia de un difunto	12	Jefe de la oficina de inspección de las normas laborales local
	Accidente en el desplazamiento por trabajo	Solicitud de pensión a la familia de un difunto	16-8	
	Accidente de trabajo	Solicitud del pago con indemnización único a la familia de un difunto	15	
	Accidente en el desplazamiento por trabajo	solicitud del pago único a la familia de un difunto	16-9	
Gastos funerarios(Subsidio funeral)	Accidente de trabajo	solicitud de los gastos funerarios	16	Jefe de la oficina de inspección de las normas laborales local
	Accidente en el desplazamiento por trabajo	subsidio funeral	16-10	
Subsidio ( indemnización) para asistente capacitado		Solicitud de subsidio y indemnización del asistente capacitado, del subsidio y indemnización del asistente capacitado	16-2-2	Jefe de la oficina de inspección de las normas laborales local