

## Contoh pengisian tiap-tiap surat klaim

1. Surat Klaim Tunjangan Pengobatan (Form No.5)
2. Surat Klaim Biaya Pengobatan (Form No.7)
3. Surat Klaim Pembayaran Tunjangan Istirahat Kerja (Form No.8)
4. Surat Klaim Pembayaran Tunjangan Cacat (Form No.10)
5. Surat Klaim Pembayaran Uang Tali Asih Penggantian Keluarga Almarhum (Form No.15)
6. Klaim Pembayaran Tunjangan Tahunan Keluarga Almarhum (Form No.12)
7. Surat Klaim Biaya Pemakaman (Form No.16)
8. Surat Klaim Pembayaran Tunjangan Perawatan (Form No.16 2-2)

# Contoh Pengisian Surat Klaim Tunjangan Pengobatan (Form No.5)

Untuk Kasus Kecelakaan Perjalanan menuju Tempat Kerja menggunakan Form No.16 Bagian 3

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険 裏面に記載してある注意

業務災害用

療養補償給付たる療養の給付請求書 事項をよく読んで上で、記入してください。

標準字体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〇	一
	ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ
	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ	モ
	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン		

Bila masih kurang jelas, silahkan untuk meminta bantuan ke tempat kerja untuk mengisikannya.

①管轄局署 ②業通別 ③保留

1 業通 1 全レセ 3 通 3 全給付

④受付年月日

※ 年 月 日

標準字体で記入し

⑤労働保険番号

所管 管轄 基礎番号 枝番号

**Nomor Asuransi Kompensasi Pekerja**

⑥処理区分

⑦支給・不支給決定年月日

※ 年 月 日

Untuk Pria tulis angka '1', untuk Wanita tulis angka '3'

⑧性別 ⑨労働者の生年月日 ⑩負傷又は発病年月日

1 男 3 女

年 月 日

Tanggal Lahir Tanggal kejadian bencana

⑪再発年月日

※ 年 月 日

⑬三者 ⑭特疾 ⑮特別加入者

※ 1 自 3 男 他 1 特定 疾病

※印の欄は記入し

Tuliskan nama dengan huruf Katakana, dan pisahkan satu kotak antara nama keluarga dan nama kecil

⑫氏名 (Umu歳)

氏名 Nama (Umu歳)

⑯負傷又は発病の時刻

Waktu kejadian bencana AM 前 時 分 頃 PM 後

Tuliskan nama dan posisi orang yang telah melakukan pengecekan aktual kejadian bencana.

⑬郵便番号 フリガナ

〒 Kode Pos

⑰災害発生の事実を確認した職名、氏名

職名 Posisi 氏名 Nama

⑭住所

住所 Alamat

⑮職種 Kategori Pekerjaan

職 種 Kategori Pekerjaan

⑱害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所(で)い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全又は有害な原因が(か)発生した(か)り(こ)初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること

Penyebab terjadinya kecelakaan dan kondisi saat kejadian

- ①Dimana
- ②Dalam kondisi seperti apa
- ③Ketika sedang melakukan pekerjaan seperti apa
- ④Apa Penyebabnya
- ⑤Tuliskan dengan jelas telah terjadi kecelakaan seperti apa

⑲指定病院等の名称 所在地

⑲ 指定病院等の 名称 所在地

⑲ 傷部の部位及び状態

⑲ 傷部の部位及び状態

⑲の者については、⑩、⑰及び⑱に記載したとおりであることを証明します。

年 月 日

事業の名称 電話( ) -

事業の所在地 〒 -

事業主の氏名 印

事業主の氏名 印

※Kolom Klarifikasi Pemilik Usaha

労働者の所属事業場の名称・所在地 電話( ) -

労働者の所属事業場の名称・所在地 電話( ) -

(注意) 1 労働者の所属事業場の名称・所在地については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。

(注意) 1 労働者の所属事業場の名称・所在地については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。

2 派遣労働者について、療養補償給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

2 派遣労働者について、療養補償給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。

Direktur kantor standar ketenagakerjaan

労働基準監督署長 殿

年 月 日

病 院 所 経 由

診療 薬 訪問看護事業者

住所 Alamat (方)

氏名 Nama

Telephone 電話( ) -

〒 Kode Pos

支 不 支 給 給 決 定 決 議 書

署 長 副 署 長 課 長 係 長 係 決定年月日

調査年月日

復命書番号 第 号 第 号 第 号

Bila telah ditandatangani, maka tidak diperlukan Cap

Area yang diisi oleh Pemohon

Area yang diisi oleh Perusahaan

※Bila anda tidak mendapatkan klarifikasi dari perusahaan, silahkan berkonsultasi dengan Kantor Inspeksi.







# Contoh Pengisian Surat Klaim Pembayaran Tunjangan Cacat (Form No.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 障害特別一時金支給申請書

Berilah tanda bulatan (○) pada 「男」 untuk Pria dan pada 「女」 untuk Wanita.

Untuk Kasus Kecelakaan Perjalanan menuju Tempat Kerja menggunakan Form No.16 Bagian 7

Bila masih kurang jelas, silahkan untuk meminta bantuan ke tempat kerja untuk mengisikannya.

Jelaskan kondisi tempat pada saat terjadi kecelakaan dan detail pekerjaan pada saat kejadian tersebut.

Silahkan diisi hanya bila anda akan menagihkan ke dana Pensiun seperti Asuransi Dana Pensiun Karyawan untuk cedera yang sama.

① 労働保険番号 Nomor Asuransi Kompensasi Pekerja		④ 氏名 Nama (dalam Katakana) Tanggal Lahir (男・女) Umur (歳)		③ 負傷又は発病年月日 Tanggal kejadian bencana Tang. 年 月 日 時 分 秒	
② 年金証書の番号 Nomor Pokok Pensiun		⑤ 被保険者資格の取得年月日 Tahun, Bulan, Hari		⑥ 傷病の治癒した年月日 Tanggal kesembuhan cedera 年 月 日	
⑦ 平均賃金 Upah Rata-rata 円 銭		⑧ 特別給与の総額(年額) Total Gaji Khusus dalam setahun 円		⑨ 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) Penyebab terjadinya bencana dan kondisi saat kejadian	
⑩ 厚生年金保険の被保険者番号 Asuransi Pensiun Karyawan dari		⑪ 障害等級 Kelas/Tingkat Kecacatan		⑫ 支給される年金の種類等 Dana Pensiun yang dibayarkan	
⑬ 支給されることとなった年月日 Tanggal Dibayarkan 年 月 日		⑭ 年金事務所の名称 Jurisdiction pension office, etc.		⑮ 事業の名称 Nama Perusahaan	
⑯ 事業場の所在地 Alamat		⑰ 電話番号 Nomor Telepon		⑱ 事業主の氏名 Nama Pemilik Usaha	
⑲ 障害の部位及び状態 (診断書のとおり)		⑳ 取付する書類 Nama Dokumen Lampiran		㉑ 障害の部位及び状態 Bagian dan gejala masalah yang ada	
㉒ 金融機関 Instansi Keuangan atau Kantor Pos yang dikehendaki untuk menerima pengiriman dana Pensiun		㉓ 郵便局 Nama Tabungan Pos (katakana) Nama Tabungan Pos		㉔ 郵便局 Alamat	
㉕ 預金通帳の記号番号 Nomor Tanda Buku Tabungan		㉖ 郵便局コード Nomor Tanda Buku Tabungan		㉗ 郵便局 Nomor Tanda Buku Tabungan	
㉘ 障害補償給付の支給を請求します。 Tangg. Aplikasi		㉙ 障害特別支給金 Pemohon		㉚ 郵便番号 Kode Pos	
㉛ 障害特別一時金 Tangg. Aplikasi		㉜ 請求人の住所 Alamat		㉝ 電話番号 Telephone	
㉞ 労働基準監督署長 殿 Cap/TTD		㉟ 請求人の氏名 Nama		㊱ 郵便番号 Telephone	
㊲ 振込を希望する金融機関の名称 Instansi Finansial yang dikehendaki untuk dilakukan transfer		㊳ 預金の種類及び口座番号 Nama Cabang, No. Rekening, Nominee		㊴ 本店・本所 出張所 支店・支所	

Area yang diisi oleh Pemohon

Area yang diisi oleh Perusahaan

Bila telah ditandatangani, maka tidak diperlukan Cap



# Contoh Pengisian Surat Klaim Pembayaran Uang Tali Asih Penggantian Keluarga Almarhum (Form No.15)

様式第15号 (表面)

Untuk Kasus Kecelakaan Perjalanan menuju Tempat Kerja menggunakan Form No.16 Bagian 9

Berilah tanda bulatan (O) pada 「男」 untuk Pria dan pada 「女」 untuk Wanita.

## 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

〔注意〕

③の形  
一括適用

Bila masih kurang jelas, silahkan untuk meminta bantuan ke tempat kerja untuk mengisikannya.

Jelaskan kondisi tempat pada saat terjadi kecelakaan dan detail pekerjaan pada saat kejadian tersebut.

所属事業場名称  
をして  
している  
支店、  
丁

死亡労働者の直接所属する事業場が  
等の場合に記入して下さい。

Tuliskan nama Pemohon, Tanggal Lahir, Alamat, hubungan dengan Penderita/Korban, ada atau tidak-nya Kecacatan.

① 労働保険番号 管轄 所 管轄 基幹番号 枝番号 Nomor Asuransi Kompensasi Pekerja		③ フリガナ 氏名 死亡 生年月日 労働者 所属事業場 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 枝番号		労働者 の 所属事業場 所在地	⑤ 死亡年月日 年月日
⑥ 災害の原因及び発生状況 Penyebab terjadinya kecelakaan dan kondisi saat kejadian		労働者 の 所属事業場 所在地	⑦ 平均賃金 Upah Rata-rata 円 銭
⑧ 特別給与の総額(年額) Total Gaji Khusus dalam satu tahun		⑧ 特別給与の総額(年額) Total Gaji Khusus dalam satu tahun	

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。

事業の名称  
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)

電話番号 局番  
郵便番号

フリガナ 氏名 Nama (Katakana)	生年月日 Tanggal Lahir	住 所 Alamat	死亡労働者との関係 Hubungan dengan Pekerja yang telah meninggal	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	年月日			
人	年月日			
人	年月日			
人	年月日			

⑩ 添付する書類その他の資料名  
Nama Dokumen Lampiran

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。

遺族補償一時金  
遺族特別一時金

請求人  
申請人の住所  
(代表者)  
Pemohon

労働基準監督署長 殿

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)  
Instansi Finansial yang dikehendaki untuk dilakukan transfer

預金の種類及び口座番号  
普通・当座 第No. Rekening 号  
名義人 Nama

(物品番号 62110) 19.

Area yang diisi oleh Pemohon

Area yang diisi oleh Perusahaan

Bila telah ditandatangani, maka tidak diperlukan Cap

# Contoh Pengisian Surat Klaim Biaya Pemakaman (Form No.16)

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**

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  
**Nomor Asuransi Kompensasi Pekerja**

② 年金証書の番号  
管轄局 種別 西暦年 番号

③ フリガナ  
氏名 **Nama (dalam Katakana)**  
住所 **Alamat**  
死亡の  
労働者との関係 **Hubungan dengan Pekerja**

④ フリガナ  
氏名 **Nama (dalam Katakana)** (男・女)  
死亡年月日 **Tanggal Lahir** 年 月 日 (Umur 歳)  
労働者  
の所属事業場  
名称・所在地 **Kategori Pekerjaan**  
**Alamat**

⑤ 負傷又は発病年月日  
**Tanggal kejadian bencana**  
年 月 日  
午前 午後 時 分 頃

⑥ 死亡年月日  
**Tanggal Meninggal**  
年 月 日

⑦ 死亡年月日  
年 月 日

⑧ 平均賃金  
**Upah Rata-rata**  
円 銭

⑨ 災害の原因及び発生状況  
**Penyebab terjadinya kecelakaan dan kondisi saat kejadian**

⑩ 添付する書類その他の資料名 **Nama Dokumen Lampiran**

上記により葬祭料の支給を請求します。

請求人の住所 **Alamat**  
労働基準監督署長 殿 **氏名 Nama**

Instansi Finansial yang dikenandai untuk dilakukan transfer  
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**  
銀行・金庫 **本店** 普通・当座 第 **No. Rekening** 号  
農協・漁協・信組 **支店** 支所 **名義人 Nama**

(物品番号 62111) 19.12

Untuk Kasus Kecelakaan Perjalanan menuju Tempat Kerja menggunakan Form No.16 Bagian 10

Berilah tanda bulatan (○) pada 「男」 untuk Pria dan pada 「女」 untuk Wanita.

Jelaskan kondisi tempat pada saat terjadi kecelakaan dan detail pekerjaan pada saat kejadian tersebut.

Bila telah ditandatangani, maka tidak diperlukan Cap

Area yang diisi oleh Pemohon

Area yang diisi oleh Perusahaan

# Surat Klaim Pembayaran Tunjangan Perawatan (Form No.16 2-2)

■ 様式第16号の2の2 (表面)

## 労働者災害補償保険 介護補償給付 支給請求書

Berilah tanda bulatan (○) pada 「介護補償給付」 bila berhubungan dengan kecelakaan di tempat kerja, dan pada 「介護給付」 bila berhubungan dengan kecelakaan menuju tempat kerja

① 管轄局番 ② 受付年月日 ③ 特別コード

※ 35290

④ 介護料区分 1有 3無

(イ) ⑤ 管轄局種別 西暦年 番号

(ロ) 受給している労災年金の種類

(ハ) 障害の部位及び状態並びに当該障害を有するものに係る日

Bila memiliki Sertifikat Pensiun, tuliskan Nomor Sertifikat Pensiunnya

Berilah tanda Cek pada Jenis Manfaat Pensiun yang dimiliki dan juga tuliskan Kelas-nya.

(ニ) 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。

労働者の氏名: Nama (dalam katakana)

住所: Alamat

生年月日: Tanggal Lahir

Tulis dengan urutan Era, Tahun dan Bulan (Heisei angka 7 Reiwa angka 9)

Keluarkan biayanya dan tuliskan jumlah hari perawatan

⑦ (ホ) 請求対象年月 ⑧ (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 ⑨ (ト) 介護に要する費用と介護に要した費用との差額

⑩ 親族 ⑪ 友人・知人 ⑫ 看護師・家政婦又は看護補助者 ⑬ 施設職員

⑭ (ホ) 請求対象年月 ⑮ (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 ⑯ (ト) 介護に要する費用と介護に要した費用との差額

⑰ (ホ) 請求対象年月 ⑱ (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 ⑲ (ト) 介護に要する費用と介護に要した費用との差額

Untuk kolom disebelah kanan dan kolom No. ⑳ sampai No. ㉓, hanya diisi bila anda ingin memberitahukan bahwa anda membuka rekening baru atau anda ingin merubah No. Rek. Lama

振込を希望する金融機関の名称: Instansi Finansial yang kehendaki untuk dilakukan transfer

口座名義人: Pemegang Rekening

⑳ 金融機関コード

㉑ 郵便局コード

⑳ (項) 金の種別 ㉒ 口座番号 (左詰め、ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入)

口座名義人 (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。

㉓ (続き) 口座名義人 (カタカナ)

Berilah tanda bulatan (○) pada 「イ」 bila anda mendapatkan perawatan di Rumah dan pada 「ロ」 bila anda mendapatkan perawatan di Fasilitas dll.

Berilah land a bu iatan (0) pad a 「イ」 bila yang merawat anda adalah sanak keluarga, pada 「ロ」 bila teman atau kenalan, pada 「ハ」 bila perawat atau pembantu rumah tangga, dan pada 「ニ」 bila yang merawat adalah pegawai fasilitas

介護場所 (イ) Rumah (ロ) 施設等 (ただし、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム及び原子爆弾被爆者特別養護ホームは除く。)

所在地: Alamat

名称: Nama

電話 ( ) -

Tuliskan Nama, Tanggal Lahir, Hubungan, Lama Perawatan, (Mulai dilakukan dan berakhirnya Perawatan) dan Jumlah hari Perawatan dari orang yang merawat anda. Bila klasifikasinya pada 「ハ」 atau 「ニ」, maka Nama, Tanggal Lahir, dan Hubungan tidak perlu ditulis.

(ウ) 氏名 生年月日 続柄 介護期間・日数

介護に従事した者の氏名: Nama

生年月日: Tanggal Lahir

続柄: Hubungan

介護期間・日数: Lama Perawatan dan Jml Hari

分類: Klasifikasi

(ル) 添付する書類 イ 診断書 ロ 介護に要した費用の額

Dokumen Lampiran

上記により 介護補償給付の支給を 請求します。

〒 kode Pos 電話 (No. Tel)

住所: Alamat

請求人の ( ) 方

労働基準監督署長 殿 氏名: Nama

Cap/TTD 印

Pernyataan mengenai kebenaran Perawatan

### [介護の事実に関する申立て]

私は、上記(リ)及び(ウ)のとおり介護に従事したことを申し立てます

Bila telah ditandatangani, maka tidak diperlukan Cap

住所: Alamat

氏名: Nama

電話番号: Cap/TTD 印

Telephone

## Form klaim setiap tunjangan & Alamat penyerahan form

Jenis Tunjangan	Kecelakaan kerja/ pergi kerja	Nama form klaim	No form	Diserahkan kepada
Tunjangan pengobatan (penggantian)	Kecelakaan kerja	Surat klaim tunjangan pengobatan untuk tunjangan penggantian pengobatan	5	Kantor Pengawas Norma Ketenagakerjaan setempat melalui rumah sakit & apotik
	Kecelakaan perjalanan kerja	Surat klaim tunjangan pengobatan untuk tunjangan pengobatan	16 (3)	
	Kecelakaan kerja	Surat klaim biaya pengobatan untuk tunjangan penggantian pengobatan	7	Kantor Pengawasan Norma Ketenagakerjaan setempat
	Kecelakaan perjalanan kerja	Surat klaim biaya pengobatan untuk tunjangan pengobatan	16 (5)	
Tunjangan libur kerja (penggantian)	Kecelakaan kerja	Surat klaim pembayaran tunjangan penggantian libur kerja	8	
	Kecelakaan perjalanan kerja	Surat klaim pembayaran tunjangan libur kerja	16 (6)	
Tunjangan cacat (penggantian)	Kecelakaan kerja	Surat klaim pembayaran tunjangan penggantian cacat	10	Kantor Pengawasan Norma Ketenagakerjaan setempat
	Kecelakaan perjalanan kerja	Surat klaim pembayaran tunjangan cacat	16 (7)	
Tunjangan keluarga almarhum (penggantian)	Kecelakaan kerja	Surat klaim pembayaran tunjangan tahunan penggantian keluarga almarhum	12	
	Kecelakaan perjalanan kerja	Surat klaim pembayaran tunjangan tahunan keluarga almarhum	16 (8)	
	Kecelakaan kerja	Surat klaim pembayaran uang tali asih penggantian keluarga almarhum	15	
	Kecelakaan perjalanan kerja	Surat klaim pembayaran uang tali asih keluarga almarhum	16 (9)	
Biaya pemakaman (tunjangan pemakaman)	Kecelakaan kerja	Surat klaim biaya pemakaman	16	Kantor Pengawasan Norma Ketenagakerjaan setempat
	Kecelakaan perjalanan kerja	Surat klaim tunjangan pemakaman	16 (10)	
Tunjangan perawatan (penggantian)		Surat klaim pembayaran tunjangan penggantian perawatan/tunjangan perawatan	16 (2-2)	





