

Contoh Pengisian Surat Klaim Biaya Pengobatan Form No.7 (1) (Belakang))

[illegible]

Contoh Pengisian Surat Klaim Pembayaran Tunjangan Istirahat Kerja (Form No.8)

Untuk Kasus Kecelakaan Perjalanan menuju Tempat Kerja menggunakan Form No.16 Bagian 6

Untuk Pria tulis angka 「1」, untuk Wanita tulis angka 「3」

Nomor Asuransi Kompensasi Pekerja

Tanggal Lahir

Tanggal kejadian bencana

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

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

Tuliskan dengan urutan Era, Tahun dan Bulan.
Era : Showa angka 5
Heisei angka 7

Kode Pos

Nama

Alamat

Jangka waktu tidak dapat bekerja dikarenakan pengobatan (sakit)

Jumlah hari untuk upah per-hari yang tidak diterima

Nama Instansi Keuangan

Nama Cabang

Pemegang Rekening

No. Rekening

Nama lengkap Pemegang Rekening (dalam Katakana)

Nama lengkap Pemegang Rekening (dalam Katakana lanjutan)

Tuliskan berapa lama tidak dapat bekerja pada kolom (20), dan berapa hari tidak menerima upah pada kolom (21) yang dikarenakan perawatan medis.

Tuliskan 「1」 untuk Biasa, dan 「3」 untuk Sementara (Temporary).

Untuk No. 22, 23, 25, 26 dan kolom Nama Bank, No. Rek., dan Pemilik Rek., yang ada disebelah kiri hanya diisi bila anda ingin memberitahukan bahwa anda membuka rekening baru atau anda ingin merubah No. Rek. Lama.

Kolom Klarifikasi Pemilik Usaha

✖ Tidak diperlukan untuk penagihan kedua dan selanjutnya bila telah dipindahkan

Lama perawatan; dari tanggal hingga tanggal dan jumlah hari selama perawatan.

Kondisi saat ini mengenai penyakit, Sembuh (治癒), Meninggal (死亡), Ganti Dokter (転医), Stop (中止), Berlanjut (継続中)

Lama waktu istirahat yang disarankan untuk tidak bekerja selama dilakukan perawatan medis, dari tanggal Hingga tanggal Dan jumlah hari.

Area yang diisi oleh Pemohon

Area yang diisi oleh Instansi Perawatan Medis

Area yang diisi oleh Perusahaan

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

Bila telah ditandatangani, maka tidak diperlukan Cap

Contoh Pengisian Surat Klaim Pembayaran Tunjangan Cacat (Form No.10)

様式第10号 (表面)

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

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

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

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		② 氏名 (dalam Katakana)		③ 負傷又は発病年月日	
事業所管轄 基幹番号 枝番号		氏名 (男・女)		年 月 日	
④ 年金証書の番号		生年月日		⑤ 傷病の発した年月日	
管轄局 種別 西暦年 番号		生年月日		年 月 日	
⑥ 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)		住所		⑦ 平均賃金	
Penyebab terjadinya bencana dan kondisi saat kejadian		職業		円 銭	
		所屬事業場の名称・所在地		⑧ 特別給与の総額 (年額)	
				円	
⑨ 基礎年金番号		⑩ 被保険者資格の取得年月日		年 月 日	
Nomor Pokok Pensiun		取得年月日		年 月 日	
⑪ 当該傷病に關して支給される年金の種類等		⑫ 年金の種類		⑬ 障害等級	
Jenis Pensiun		国民年金法のイ、障害年金 国民年金法のロ、障害年金 船員保険法の傷害年金		Kelas/Tingkat Kecacatan	
支給される年金の額		支給されることとなった年月日		Dana Pensiun yang dibayarkan	
円 銭		年 月 日		円 銭	
⑭ 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード		⑮ Kode Pensiun untuk Sertifikat Pensiun dari Nomor Pokok Pensiun		年 月 日	
所轄年金事務所等		Jurisdiction pension office etc.		年 月 日	
⑯ ③の者については、④、⑥から⑩まで並びに⑫、⑬及び⑭に記載したとおりであることを証明します。					
事業の名称 電話番号 郵便番号					
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)					
[注意] ⑯の④及び⑥については、③の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。					
⑰ 障害の部位及び状態 (診断書のとおり)		⑱ 既存障害がある場合にはその部位及び状態			
Bagian dan gejala masalah yang ada					
⑲ 添付する書類 (診断書のとおり)		Nama Dokumen Lampiran			
⑳ 金融機関 (銀行・金庫 農協・協同・信組)		Nama Bank Nama Cabang			
⑳ 郵便局 (郵便局コード)		Nomor Tanda Buku Tabungan			
㉑ 郵便局 (郵便局コード)		Nama Tabungan Pos (katakana)			
㉒ 郵便局 (郵便局コード)		Nama Tabungan Pos			
㉓ 郵便局 (郵便局コード)		Alamat			
㉔ 郵便局 (郵便局コード)		Nomor Tanda Buku Tabungan			
⑳ 障害補償給付の支給を請求します。		Kode Pos Telephone			
㉕ 障害特別支給金の支給を申請します。		郵便番号 電話番号			
㉖ 障害特別一時金		局番			
Tanggal Aplikasi		Pemohon			
年 月 日		請求人の住所			
労働基準監督署長 殿		請求人の氏名			
振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号			
Instansi Finansial yang dikehendaki untuk dilakukan transfer		本店・本所 出張所 支店・支所			
農協・協同・信組		No. Rekening Nominee			

Area yang diisi oleh Pemohon

Area yang diisi oleh Perusahaan

Bila telah ditandatangani, maka tidak diperlukan Cap

Contoh Pengisian Surat Klaim Pembayaran tunjangan tahunan/penggantian keluarga almarhum (Form No.12)

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

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 Karyawan untuk cedera yang sama.

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

Tuliskan nama keluarga yang ditinggalkan yang dapat menerima Dana Pensiun Santunan Berkabung/Berduka selain Pemohon.

業務災害用 労働者災害補償保険 遺族特別支給金 支給申請書

① 労働保険番号 ③ 氏名 (dalam Katakana)

② 年金証書の番号 ④ 生年月日 ⑤ 死亡年月日

⑥ 災害の原因及び発生状況 ⑦ 平均賃金

⑧ 特別給付の種類(年齢) ⑨ 特別給付の総額(年齢)

⑩ 遺族の氏名 ⑪ 遺族の住所

⑫ 遺族の職業 ⑬ 遺族の収入

⑭ 遺族の扶養義務 ⑮ 遺族の扶養義務者

⑯ 遺族の扶養義務者 ⑰ 遺族の扶養義務者

⑱ 遺族の扶養義務者 ⑲ 遺族の扶養義務者

⑳ 遺族の扶養義務者 ㉑ 遺族の扶養義務者

㉒ 遺族の扶養義務者 ㉓ 遺族の扶養義務者

㉔ 遺族の扶養義務者 ㉕ 遺族の扶養義務者

㉖ 遺族の扶養義務者 ㉗ 遺族の扶養義務者

㉘ 遺族の扶養義務者 ㉙ 遺族の扶養義務者

㉚ 遺族の扶養義務者 ㉛ 遺族の扶養義務者

㉜ 遺族の扶養義務者 ㉝ 遺族の扶養義務者

㉞ 遺族の扶養義務者 ㉟ 遺族の扶養義務者

㊱ 遺族の扶養義務者 ㊲ 遺族の扶養義務者

㊳ 遺族の扶養義務者 ㊴ 遺族の扶養義務者

㊵ 遺族の扶養義務者 ㊶ 遺族の扶養義務者

㊷ 遺族の扶養義務者 ㊸ 遺族の扶養義務者

㊹ 遺族の扶養義務者 ㊺ 遺族の扶養義務者

㊻ 遺族の扶養義務者 ㊼ 遺族の扶養義務者

㊽ 遺族の扶養義務者 ㊾ 遺族の扶養義務者

㊿ 遺族の扶養義務者

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

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.

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
Pekerja yg meninggal

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

④ フリガナ
氏名
死亡年月日
労働職
の所属事業場
名称・所在地
Nama (dalam Katakana)
Tanggal Lahir
Kategori Pekerjaan
Alamat

⑤ 負傷又は発病年月日
年月日
午前午後時分頃
Tanggal kejadian bencana

⑥ 死亡年月日
年月日
Tanggal Meninggal

⑦ 災害の原因及び発生状況
Penyebab terjadinya kecelakaan dan kondisi saat kejadian

⑧ 平均賃金
円 銭
Upah Rata-rata

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。

事業の名称
電話番号
郵便番号
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)

⑨ 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
氏名
労働基準監督署長 殿
Tanggal Aplikasi
郵便番号
電話番号
Cap/TTD

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)
銀行・金庫
農協・漁協・信組
本店
支店
支所
預金の種類及び口座番号
普通・当座
名義人
No. Rekening

Instansi Finansial yang dikenendaki untuk dilakukan transfer

Bila telah ditandatangani, maka tidak diperlukan Cap

(物品番号 62111) 19.12

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)

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.

※ 35290

① 介護補償給付 ② 介護給付

③ 特別 ④ 介護給付

⑤ 介護給付

⑥ 介護給付

⑦ 介護給付

⑧ 介護給付

⑨ 介護給付

⑩ 介護給付

⑪ 介護給付

⑫ 介護給付

⑬ 介護給付

⑭ 介護給付

⑮ 介護給付

⑯ 介護給付

⑰ 介護給付

⑱ 介護給付

⑲ 介護給付

⑳ 介護給付

㉑ 介護給付

㉒ 介護給付

㉓ 介護給付

㉔ 介護給付

㉕ 介護給付

㉖ 介護給付

㉗ 介護給付

㉘ 介護給付

㉙ 介護給付

㉚ 介護給付

㉛ 介護給付

㉜ 介護給付

㉝ 介護給付

㉞ 介護給付

㉟ 介護給付

㊱ 介護給付

㊲ 介護給付

㊳ 介護給付

㊴ 介護給付

㊵ 介護給付

㊶ 介護給付

㊷ 介護給付

㊸ 介護給付

㊹ 介護給付

㊺ 介護給付

㊻ 介護給付

㊼ 介護給付

㊽ 介護給付

㊾ 介護給付

㊿ 介護給付

Bila memiliki Sertifikat Pensiun, tuliskan Nomor Sertifikat Pensiunnya.

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

Untuk kolom disebelah kanan dan kolom No. ㉔ sampai No. ㉙, hanya diisi bila anda ingin memberitahukan bahwa anda membuka rekening baru atau anda ingin merubah No. Rek. Lama.

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

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.

No. Sertifikat Pensiun

Nama (dalam Katakana)

Tanggal Lahir

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

Nama

Alamat

Periode Tahun dan Bulan

Jumlah Hari

Total biaya yang dikeluarkan untuk keperluan perawatan

Keluarkan biayanya dan tuliskan jumlah hari perawatan.

Instansi Finansial yang dikehendaki untuk dilakukan transfer Pemegang Rekening

Nama

Nama Cabang

Pemegang Rekening

Tipe Tabungan

Nomor Rekening

Pemegang Rekening (Katakana)

Pemegang Rekening (lanjutan)

Rumah

Fasilitas dll

Alamat

Nama

Org yg merawat di Rumah

Nama

Tanggal Lahir

Lama Perawatan dan Jumlah Hari

Hubungan

Klasifikasi

Dokumen Lampiran

Kode Pos

No. Telp.

Berilah tanda bulatan (○) pada 「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.

Pernyataan mengenai kebenaran Perawatan

「介護の事実に関する申立て」

私は、上記(リ)及び(文)のとおり介護に従事したことを申し立てます

住所

Harap diisi Alamat, Nama, dan No. Telephone oleh orang yang merawat

Nama

Cap/TTD

Telephone

Bila telah ditandatangani, maka tidak diperlukan Cap

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	
	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	
	Kecelakaan perjalanan kerja	Surat klaim tunjangan pemakaman	16 (10)	
Tunjangan perawatan (penggantian)		Surat klaim pembayaran tunjangan penggantian perawatan/tunjangan perawatan	16 (2-2)	