

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

式様第7号(1)(裏面)			Tuliskan nama dan posisi orang yang telah melakukan pengecekan aktual kejadian bencana.																										
(1) 害者者の 所屬事業場の 名前・所在地		Nama dan alamat tempat bekerja		Waktu kejadian bencana AM 午前 時 分頃 PM																									
(2) 災害の原因及び発生状況		(3) 損害発生の 事実を確認 した者の 氏名 Name																											
Penyebab terjadinya kecelakaan dan kondisi saat kejadian																													
療養の内訳及び金額 Biaya dan Rincian Perawatan																													
Kunjungan Pertama Kunjungan Berikutnya	Detail Pengobatan		Poin (1)	Detail Pengobatan Biaya Ringkasan																									
	Diluar jam kerja-Hari Libur-Tengah Malam	Rawat Jalan	kali	Kunjungan Berikutnya Yen Yen																									
	Medis管理加算 Kontrol Lanjutan	kali	Bimbingan Yen Yen																										
	外来管理加算 Kontrol Rawat Jalan	kali	Lain-lain Yen Yen																										
	外務官事務 加算 Diluar jam kerja	kali	Biaya Makan (STD) Yen Yen																										
	休日 Hari Libur	kali	hari Yen Yen																										
	休日 Tengah Malam	kali	hari Yen Yen																										
Bimbingan 指導	Rumah	Yen Yen	Sub Total Yen																										
	Tengah Malam	kali																											
	紧急 Derurat - Tengah Malam	kali																											
	在宅患者訪問 Kunjungan Berobat	kali																											
	その他 Lain-lain	kali																											
Pengobatan	Obat-obatan	Satuan	Ringkasan																										
	内服 Obat-obatan	Yen																											
	点滴 Obat-obatan	Yen																											
	外用 Obat-obatan	Yen																											
	内服 Pemberian Obat	Yen																											
	Resep Toksin campak	Yen																											
	Kontrol	Yen																											
Suntik	皮下内服 Otot bawah kulit	Yen																											
	静脈内 Infus	Yen																											
	その他 Lain-lain	Yen																											
Perawatan/Treatment	薬物 Obat-obatan	Yen																											
Operasi anestesi	手術 Obat-obatan	Yen																											
Pemeriksaan	検査 Obat-obatan	Yen																											
Image diagnosis	撮影 Obat-obatan	Yen																											
その他	基礎 Resep	Yen																											
Lain-lain	薬剤 Obat-obatan	Yen																											
Masuk Rumah Sakit	Tgl Masuk	Tgl Bln Thn	Biaya STD masuk Rumah Sakit - Tambahan																										
	Sakit/Perawatan/Pakaian	Yen	hari																										
		Yen	hari																										
		Yen	hari																										
		Yen	hari																										
		Yen	hari																										
	特記入院料-その他 Biaya Khusus – Lain-lain	Yen																											
Sub Total	Poin (1)	Yen	Grand Total Yen																										
<table border="1"> <tr> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>事業の名前</td> <td>電話番号</td> </tr> <tr> <td colspan="3">就業先事業主認可欄</td> <td>事業場の所在地</td> <td>郵便番号</td> </tr> <tr> <td colspan="3">年 月 日</td> <td colspan="2">印</td> </tr> <tr> <td colspan="3">事業主の氏名</td> <td colspan="2">印</td> </tr> <tr> <td colspan="5">(印入その他の印体であるときはその名前及び作業者の氏名)</td> </tr> </table>					年	月	日	事業の名前	電話番号	就業先事業主認可欄			事業場の所在地	郵便番号	年 月 日			印		事業主の氏名			印		(印入その他の印体であるときはその名前及び作業者の氏名)				
年	月	日	事業の名前	電話番号																									
就業先事業主認可欄			事業場の所在地	郵便番号																									
年 月 日			印																										
事業主の氏名			印																										
(印入その他の印体であるときはその名前及び作業者の氏名)																													
表面の記入枠 を記入したときの訂正用欄	削字 印	加字 印	社会保険 労務士 記載欄	作成年月日提出担当者の表示 氏名 印																									

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

Area yang diisi oleh

Area yang diisi oleh Instansi
Perawatan Medis

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)

<p>Untuk Kasus Kecelakaan Perjalanan menuju Tempat Kerja menggunakan Form No.16 Bagian 7</p> <p>Bila masih kurang jelas, silahkan untuk meminta bantuan ke tempat kerja untuk mengisikannya.</p> <p>Jelaskan kondisi tempat pada saat terjadi kecelakaan dan detail pekerjaan pada saat kejadian tersebut.</p> <p>Silahkan diisi hanya bila anda akan menagihkan ke dana Pensiun seperti Asuransi Dana Pensiun Karyawan untuk cacat yang sama.</p> <p>Area yang diisi oleh Pemohon</p>	<p>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 障害特別年金 障害特別一時金 支給申請書</p> <p>Berilah tanda bulatan (O) pada「男」untuk Pria dan pada「女」untuk Wanita.</p> <p>Pekerja yg meninggal</p> <p>① 労働保険番号 管所管轄基幹番号枝番号 Nomor Asuransi Kompenasi Pekerja</p> <p>② 年金証書の番号 管轄局種別西暦年番号</p> <p>③ 被保険者情報 氏名(男・女) 誕生日月日 性別 住所 職業 所属事業場 名称・所在地</p> <p>④ 負傷又は発病年月日 年月日 午後時分頃 ⑤ 事故の原因及び発生状況(災害発生場所、作業内容、状況等を説明すること) Penyebab terjadinya bencana dan kondisi saat kejadian</p> <p>⑥ 傷害の部位及び状態 部位 状態 診断書のとおり その他の資料名</p> <p>⑦ 年金の種類 Jenis Pensiun 被保険者資格の取扱年月日 厚生年金保険法のイ、障害年金 国民年金法のイ、障害年金 船員保険法の傷害年金 Kelas/Tingkat Kecacatan Dana Pensiun yang dibayarkan Tanggal Dibayarkan年月日 厚生年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード Kode Pensiun untuk Sertifikat Pensiun dari Nomor Pokok Pensiun Jurisdiction police office etc</p> <p>⑧ 事業の名称 年月日 事業場の所在地 事業主の氏名 電話番号 郵便番号 局番</p> <p>〔注意〕⑨の②及び⑩についても、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。</p> <p>⑨ 障害の部位及び状態 診断書のとおり ⑩ 現存障害がある場合には、その部位及び状態 Nama Dokumen Lampiran Bagian dan gejala masalah yang ada</p> <p>⑪ 金融機関店舗コード 名 預金通帳の記号番号 普通・当座 第 Nomor Tanda Buku Tabungan 本店・本所 出張所 支店・支所</p> <p>⑫ 銀行・金庫 名 預金通帳の記号番号 普通・当座 第 Nomor Tanda Buku Tabungan</p> <p>⑬ 郵便局コード 名 預金通帳の記号番号 普通・当座 第 Nomor Tanda Buku Tabungan 郵便局</p> <p>⑭ 電話番号 名 預金通帳の記号番号 普通・当座 第 Nomor Tanda Buku Tabungan 電話番号</p> <p>⑮ 上記により Tanggal Aplikasi 年月日 Pemohon 請求人の申請人 住所 氏名 Name Cap/ITD</p> <p>⑯ 振込希望する金融機関の名称 Instansi Finansial yang dikehendaki untuk dilakukan transfer 銀行・金庫 農協・漁協・信組 本店・本所 出張所 支店・支所 預金の種類及び口座番号 No. Rekening Nominee</p> <p>Area yang diisi oleh Perusahaan</p> <p>Bila telah ditandatangani, maka tidak diperlukan Cap</p>
--	--

Area yang diisi oleh Pemohon

Area yang diisi oleh Perusahaan

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

Area yang diisi oleh
Pembaca

Area yang diisi oleh
Perusahaan

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

Area yang diisi oleh
Pembaca

— — — —
Area yang diisi oleh
Perusahaan

Bila telah ditandatangani,
maka tidak diperlukan Cap

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

For cases of work-related accidents during travel to and from work, please use Form No.16 Part 10.

Indicates the gender of the deceased (Male for men, Female for women).

Explain the conditions and place where the accident occurred, and the details of the deceased's work at the time of the accident.

④ The reason for the accident and the status at the time of occurrence.

⑤ Date of injury or illness.

⑥ Date of birth.

⑦ Date of death.

⑧ Average wage.

⑨ Attached documents.

⑩ Name of the business owner.

⑪ Name of the representative.

⑫ Name of the document.

⑬ Date of application.

⑭ Postcode.

⑮ Telephone number.

⑯ Address of the requester.

⑰ Signature of the requester.

⑱ Signature of the company.

⑲ Financial institution name (excluding post office banks).

⑳ Type of account and account number.

⑳ Name of the bank.

⑳ Branch name.

⑳ Branch name.

⑳ Name of the account holder.

If signed, no cap is required.

Area yang diisi oleh
Pemohon

Area yang diisi oleh
Perusahaan

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

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	
	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	Kantor Pengawasan Norma Ketenagakerjaan setempat
	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)	