

Contoh Pengisian Surat Klaim Pembayaran Manfaat Kompensasi Absen Kerja (Formulir No.8)

様式第8号(表面) 労働者災害補償保険 標準字体

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 (同一傷病分)

Untuk kecelakaan dalam perjalanan pulang pergi kerja menggunakan Formulir No.16-6

○濁点、半濁点は一文字として記入してください。(例) カ「ハ」

帳票種別 ※ 34310 修正項目番号① 修正項目番号② ①管轄局署 エケセテネヘメレ。 オコソトノホモヨロー

②労働保険番号 Nomor asuransi kompensasi pekerja

③新継再別 ④受付年月日

⑤労働者の性別 ⑥労働者の生年月日 Tanggal lahir

⑦負傷又は発病年月日 Tanggal cedera atau serangan

⑧業通別 ⑨三者コード ⑩日雇コード ⑪特別加入者

⑫労働者の氏名 (カタカナ) シメイ (カタカナ)

⑬郵便番号 ⑭平均賃金

⑮労働者の住所 (氏名 (歳) 年齢) ⑯特別給与の額

⑰療養のため労働できなかった期間 ⑱特別給与の額

⑲療養の開始年月日 ⑳療養の終了年月日

⑳療養の現況 ㉑療養のため労働できなかったと認められる期間

㉒療養の現況 ㉓療養のため労働できなかったと認められる期間

㉔療養のため労働できなかったと認められる期間

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

事業場の名称 事業場の所在地 事業主の氏名

労働者の直接所属事業場名称

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑤労働者の性別
Tulis "1" jika laki-laki dan "3" jika perempuan.

⑱特別給与の額
Tulis "1" untuk rekening biasa, dan "2" untuk rekening deposit.

②労働保険番号
Nomor asuransi kompensasi pekerja

⑤労働者の生年月日
Tanggal lahir

⑦負傷又は発病年月日
Tanggal cedera atau serangan

⑫労働者の氏名 (カタカナ)
Nama

⑬郵便番号
Kode pos

⑮労働者の住所 (氏名 (歳) 年齢)
Alamat

⑰療養のため労働できなかった期間
Periode ketika tidak mampu bekerja karena dalam pemulihan

⑱特別給与の額
Hari ketika tidak menerima bayaran

⑲療養の開始年月日
Jenis setoran

⑳療養の終了年月日
Nomor rekening

㉒療養の現況
Nama institusi keuangan

㉓療養のため労働できなかったと認められる期間
Nama Cabang

㉔療養のため労働できなかったと認められる期間
Nama lengkap pemilik rekening

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

事業場の名称
事業場の所在地
事業主の氏名

労働者の直接所属事業場名称

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

⑳の者については、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙までの㉚の心を除く。及び別紙に記載したとおりであることを証明します。

Kalau tidak tahu, minta tempat kerja Anda untuk mengisi.

Tulis nama Anda dengan huruf katakana dengan diberi spasi

Tulis lamanya waktu Anda tidak dapat bekerja karena harus berobat (⑲) dan jumlah hari tidak terima gaji selama masa waktu itu (⑳).

Kolom nomor rekening, nama bank, dan nama pemegang rekening hanya diisi jika Anda melaporkan rekening baru atau jika Anda mengganti mengganti rekening yang telah dilaporkan sebelumnya.

Kolom legalisasi dari pemberi kerja

*Untuk klaim kedua kali dan seterusnya dan klaim setelah keluar kerja tidak perlu legalisasi lagi.

Diisi oleh lembaga medis

Bagian yang harus diisi sendiri oleh yang mengajukan klaim

Bagian yang diisi oleh lembaga medis

Bagian yang diisi oleh perusahaan

*Jika tidak mendapat legalisasi dari perusahaan, konsultasikan dengan kantor pengawas tempat penyerahan klaim.

Jika sudah menggunakan tanda tangan manual, maka tidak perlu distempel.

