

요양비용 급부 신청서(양식 제7호(1) (뒷면)) 기재 예

様式第7号(1)(裏面)

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| (リ) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地 | 이름과 직장 주소 | (ハ) 災害発生時刻 <small>負傷又は発病の時刻</small> 午前 時 分頃 午後 時 分頃 | (ホ) 職業 災害発生事 実を確認し た者の氏名 | 재해 발생의 사실을 확인한 사람의 직책, 성명을 기재해 주세요. |
| (フ) 災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)どのような不安全な又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したかを詳細に記入すること | | | | |
| 재해시간 및 발생상황 | | | | |

| 療養の内訳及び金額 | | 診療内容 | | 診療内容 | | 金額 | | 摘要 | |
|-----------|--------------|------|-----|------|-----|----|--|----|--|
| 初診 | 初診時間外・休日・深夜 | 初診 | 初診 | 初診 | 初診 | 円 | | | |
| 再診 | 再診時間外・休日・深夜 | 再診 | 再診 | 再診 | 再診 | 円 | | | |
| 指導 | 指導時間外・休日・深夜 | 指導 | 指導 | 指導 | 指導 | 円 | | | |
| 在宅 | 在宅時間外・休日・深夜 | 在宅 | 在宅 | 在宅 | 在宅 | 円 | | | |
| 投薬 | 投薬時間外・休日・深夜 | 投薬 | 投薬 | 投薬 | 投薬 | 円 | | | |
| 注射 | 注射時間外・休日・深夜 | 注射 | 注射 | 注射 | 注射 | 円 | | | |
| 処置 | 処置時間外・休日・深夜 | 処置 | 処置 | 処置 | 処置 | 円 | | | |
| 手術 | 手術時間外・休日・深夜 | 手術 | 手術 | 手術 | 手術 | 円 | | | |
| 麻酔 | 麻酔時間外・休日・深夜 | 麻酔 | 麻酔 | 麻酔 | 麻酔 | 円 | | | |
| 検査 | 検査時間外・休日・深夜 | 検査 | 検査 | 検査 | 検査 | 円 | | | |
| 画像 | 画像時間外・休日・深夜 | 画像 | 画像 | 画像 | 画像 | 円 | | | |
| 診断 | 診断時間外・休日・深夜 | 診断 | 診断 | 診断 | 診断 | 円 | | | |
| その他 | その他時間外・休日・深夜 | その他 | その他 | その他 | その他 | 円 | | | |
| 合計 | | 合計 | 合計 | 合計 | 合計 | 円 | | | |

- ① 어디서
- ② 어떠한 상황에
- ③ 어떠한 작업을 하고 있을 때
- ④ 무엇이 원인으로
- ⑤ 어떠한 재해가 발생했는가

를 명확히 해주세요.

台には、該当する事項を丸で囲むこと。
 については、その費用について、明細書及び看護移送等
 は領収書を添えること。
 終の投棄の期間をも算入すること。
 後所屬する事業場が一括適用の取扱いを受けている場
 所所屬する支店、工事現場等を記載すること。
 場所など、どのような作業をしているときに、どのよう
 な状況において、どのようにして災害が発生したか
 こと。

二、傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合以外の場合の注意事項

(一)ハは、災害発生による被害がないこと。確認した者が多数あるときは最初に発したのは、第④回以後の請求を記録すること。

(二)ハは、災害発生による被害がないこと。確認した者が多数あるときは最初に発したのは、第④回以後の請求を記録すること。

(三)ハは、災害発生による被害がないこと。確認した者が多数あるときは最初に発したのは、第④回以後の請求を記録すること。

(四)ハは、災害発生による被害がないこと。確認した者が多数あるときは最初に発したのは、第④回以後の請求を記録すること。

三、傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養の費用を請求する場合の注意事項

(一)ハは、災害発生による被害がないこと。確認した者が多数あるときは最初に発したのは、第④回以後の請求を記録すること。

(二)ハは、災害発生による被害がないこと。確認した者が多数あるときは最初に発したのは、第④回以後の請求を記録すること。

(三)ハは、災害発生による被害がないこと。確認した者が多数あるときは最初に発したのは、第④回以後の請求を記録すること。

(四)ハは、災害発生による被害がないこと。確認した者が多数あるときは最初に発したのは、第④回以後の請求を記録すること。

四、事業主の氏名・欄は、記名押印又は診療所の代表者若しくは自らの署名を捺す。

| | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------------------------|---------|------|---|----|
| 派遣先事業主証明欄 | 派遣元事業主が証明する事項（表面の⑦及び⑸、⑦ア）の記載内容について事実と相違ないことを証明します。 | | | | 局番 |
| | 事業の名称 | | 電話番号 | | |
| | 年 月 日 | 事業場の所在地 | 郵便番号 | - | |
| | 事業主の氏名 | | | 印 | |
| (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) | | | | | |

| | | |
|--------------------|-----|---|
| 表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄 | 削 字 | 印 |
| | 加 字 | |

| | | | |
|------------------------|---------------|-----|---------|
| 社会保険 労 務 士 記 載 欄 | 作成年月日提出代行者の表示 | 氏 名 | 電 話 番 号 |
| | | 印 | |

청구인 자신이 기입 하는 부분입니다. 의료기관이 기입 하는 부분입니다. 회사가 기입하는 부분입니다.

유족 보상 연금 지급 청구서(양식 제12호) 기재 예

[illegible]

유족 보상 일시금 지급 청구서 (양식 제15호) 기재 예

様式第15号（表面）

통근재해의 경우는 양식 제16호의9

〔注意〕

③の死亡
一括適用の二

불명확한 경우에는 사업장에 기입을 의뢰 해주세요.

재해가 발생한 장소, 그 당시의 작업 내용 상황을 명확하게 해 주세요.

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。

청구인의 성명, 생
년월일, 주소, 피해
자와의 관계, 장해
유무를 기재해 주
세요.

労働者災害補償保険

遺族補償一時金支給請求書
遺族補償一時金支給請求書

남성은 「男」 여성
은 「女」에 ○
표시를 해 주세요

| | | | | | | | |
|----------------------------------------|----------------|----------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|--|
| ① 労働保険番号 所掌管轄基幹番号枝番号 근로자 보상 보험번호 | | | | ③ フリガナ 氏名 死亡年月日 労働者の所属事業場所在地 이름 (가타카나) 이름 (男・女) 출생일 月 日 (나이) 직업 종류 | | ④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 부상 또는 발병날짜 午前 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 | | | | | | ⑤ 死亡年月日 사망 날짜 年 月 日 | |
| ⑥ 災害の原因及び発生状況 재해원인 및 발생상황 | | | | | | ⑦ 平均賃金 평균임금 円 銭 | |
| | | | | | | ⑧ 特別給与の総額(年額) 특별급여의 총액(연액) 円 | |
| 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 年 月 日 사업주 증명란 | | | | | | 局番 電話番号 | |
| 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) | | | | | | ⑨ | |
| ⑨ 請申 신 求請 인의 人 | 氏 フリガナ 名 이름 | 生 年 月 日 출생일 | 住 所 주소 | 死亡労働者との関係 자와의 관계 | 請求人(申請人)の代表者を 選任しないときはその理由 | | |
| | | 年 月 日 | | | | | |
| | | 年 月 日 | | | | | |
| | | 年 月 日 | | | | | |
| | | 年 月 日 | | | | | |
| | | 年 月 日 | | | | | |
| ⑩ 添付する書類その他の資料名 첨부서류 그 외의 자료명 | | | | | | | |

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
遺族特別一時金の支給を申請します。

| | | | | | | |
|--------------------------------|--|------------------------------|--|--------------|--------------|---------|
| 遺族特別一時金 신청날짜 年 月 日 | | 신청인의 請求人 申請人의 (代表者) | | 우체번호 郵便番号 | 전화번호 電話番号 | 局番 方 |
| 労働基準監督署長 殿 | | 住所 주소 氏名 이름 | | ② | | |

(物品番号 62110) 19.

청구인 자신이 기입
하는 부분입니다.

회사가 기입하는
부분입니다.

자필에 의한 서명의 경우에는 도장은 필요하지 않습니다.