برگه نمونه نحوه نوشتن درخواستنامه دریافت هزینه درمانی(روش 5)

درصورت وقوع حادثه در حین رفت و آمد به محل کار روش 3-16

■ 様式第５号(表面)　労働者災害補償保険

業務災害用

療養補償給付たる療養の給付請求書

裏面に記載してある注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

درصورت نا مفهوم بودن از محل کار درخواست نوشتن کنید.

①管轄局署　②業通別　③保留　⑥処理区分

تاریخ ماه و سال ژاپنی را بترتیب قید کنید . سال ژاپنی شووا با عدد 5 و هی سی را عدد 7 قید کنید

⑦支給・不支給決定年月日

労働保険番号　県　所掌　管轄　基幹番号　枝番号　شماره بیمه کاری

⑧性別　⑨労働者の生年月日　تاریخ تولد　⑩負傷又は発病年月日　تاریخ بیماری یا جراحت　⑪再発年月日

آقایان 1 وخانمها 3 را یادداشت کنند

⑫ シメイ(カタカナ)　：姓と名の間は１文字あけて記入してください。　(کاتاکانا) نام کامل

⑬三者　⑭特疾　⑮特別加入者

氏　名　نام کامل　(　歳)　سن

フリガナ

住　所　آدرس

ما بین نام و نام خانوادگی را بعداز خالی گذاشتن یک خانه بصورت کاتاگانا بنویسید

⑯郵便番号　کدپستی

職　種　نوع شغل

⑰負傷又は発病の時刻　ساعت وقوع بیماری یا جراحت　午前　午後　時　分頃

⑱災害発生の事実を確認した者の職名、氏名　بعداز ظهر

職名　نام شغل

氏名　نام کامل

نام و مسئولیت شخصی که وقوع حادثه را بررسی کرده را قید کنید

⑲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って(お)どのような災害が発生したかを詳細に記入してください。

علت آسیب یا وضعیت بیماری

1. در کجا
2. درچه وضعیتی
3. درحین چه کاری
4. علت آن چه بود
5. چه حادثه ای رخ داد

را بصورت واضح قید کنید

▶ ⑳指定病院等の　名　称　電話番号　所在地　郵便番号　－

㉑傷病の部位及び状態

⑫の者については、⑩、⑰及び⑲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　電話番号　局　番

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)

労働者の所属事業場の名称・所在地　※ این قسمت مخصوص گواهی صاحب شرکت میباشد　電話番号　局　番

(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。

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。　年　月　日

ریاست سازمان نظارت بر استاندارد کاری　کد پستی　تلفن

労働基準監督署長 殿

郵便番号　－　電話番号　局　番

آدرس

住　所　(　方)

نام بیمارستان　病院　診療所　薬局　訪問看護事業者　経由　مطالبه کننده

請求人の　نام کامل

氏　名　مهر　印

درصورت نوشتن به دست خود احتیاجی به مهر وجود ندارد

署長	次長	課長	係長	係	決定年月日	・　・
					不支給の理由	
調査年月日	・　・	・　・	・　・			
復命書番号	第　号	第　号	第　号			

支給決定決議書　不支給

■

این طور قسمتها را متقاضی باید پرکند

این طور قسمتها را شرکت باید پر کند

※ درصورتیکه شرکت گواهی ارائه نمیدهد با دفتر نظارت بر استاندارد کاری مشورت کنید.

برگه نمونه نوشتن درخواستنامه مطالبه هزینه درمانی (روش بند7(1) (روی صفحه))

درصورت وقوع حادثه در حین رفت و آمد به محل کار روش(1) 5 -16

درصورت نا مفهوم بودن از محل کار درخواست نوشتن کنید.

様式第７号（１）（表面） 業務災害用

第　回

療養補償給付たる療養の費用請求書（同一傷病分）

帳票種別 ※ 34250　①管轄局署　②業通別 1 業 3 通

標準字体

0	5	ア													
1	6	イ													
2	7	ウ													
3		エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ		レ	°				
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	ー				

点、半濁点一文字として書いてください。(例) カ゛ハ゜

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。

（注意）一、□□□で表示された枠に記載された「標準字体」にならって、枠からはみだすように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明りょうに記載してください。二、記載すべき事項を選択する場合には該当事項を○で囲んでください。（ただし、⑤、⑥及び⑯欄については該当番号を記入枠に記入してください。）三、記入枠の部分は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折りまげたり、のりづけしたりしないでください。

③労働保険番号　府県　所掌　管轄　基幹番号　枝番号　④　管轄局　種別　西暦年　番号

شماره بیمه کاری

تاریخ ماه و سال ژاپنی را بترتیب قید کنید . سال ژاپنی شووا با عدد 5 و هی سی را عدد 7 قید کنید

⑤労働者の性別 1男 3女　⑥労働者の生年月日 1明治 3大正 5昭和 7平成　⑦負傷又は発病年月日

تاریخ تولد　تاریخ وقوع بیماری یا جراحت

⑩三者コード　⑪委任未支給　⑫特別加入者　⑬審査コード

シメイ（カタカナ）：姓と名の間は１文字あけて記入してください。

⑨労働者の氏名　（　歳）　⑳郵便番号

نام کامل　سن　کد پستی

مابین نام و نام خانوادگی را بعداز خالی گذاشتن یک خانه بصورت کاتاکانا بنویسید

住所　職種

آدرس

⑮郵便局

آقایان 1 وخانمها 3 را یادداشت کنند

درصورت حساب عادی 1 درصورت حساب جاری2 را قید کنید

⑯預金の種類　⑰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。）

1普通 3当座　شماره حساب از چپ

届け出た口座を変更する場のみ記入してください。

新規・変更

振込を希望する金融機関の名称　口座名義人

نام موسسه بانکی　شماره شعبه　نام صاحب حساب

メイギニン（カタカナ）：姓と名の間は１文字あけて記入してください。

⑱　نام کامل صاحب حساب (کاتاکانا)

（つづき）メイギニン（カタカナ）

⑲

㉒㉓㉕㉖ و قسمت چپ نام بانک/ نام صاب حساب فقط زمانی پر شود که قصد بازکردن حساب جدید و یا تغییر حساب بانکی را دارید.

⑨の者については⑦及び裏面の（又）（ヌ）に記載したとおりであることを証明します。

قسمت مخصوص گواهی صاحب شرکت

事業の名称　電話番号

※ درصورت ترک شرکت, از بار دوم ببعد پر کردن نمیباشد

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）

（注意）内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。

医師又は歯科医師等の証明

療養の内容　(イ)期間　年　月　日から　年　月　日まで　日間　診療実日数　日

(ロ)傷病の部位及び傷病名

(ハ)傷病の経過の概要

(ニ)年　月　日　治ゆ・継続中・転医・中止・死亡

⑨の者については裏面に記載したとおりであることを証明します。

این قسمت توسط مرکز پزشکی پر میشود

年　月　日　郵便番号

所在地　名称　診療担当者氏名　印

病院又は診療所の名称

(ホ)看護料　年　月　日から　年　月　日まで　日間（看護師の資格の有・無）

(ヘ)移送費　から　まで　片道・往復　キロメートル　回

(ト)上記以外の療養費（内訳別紙請求書又は領収書　枚のとおり。）

(チ)療養の給付を受けなかった理由

⑳療養に要した費用の額（合計）　千万　百万　十万　万　千　百　十　円

㉑費用の種別 1診療 2看護 3移送 4装具 5診断書　㉒療養期間の初日　から　㉓療養期間の末日　まで　㉔診療実日数　日　㉕転帰事由 1治ゆ 3継続 5転医 7中止 9死亡

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。

年　月　日　郵便番号　電話

住所　氏名　印

請求人の

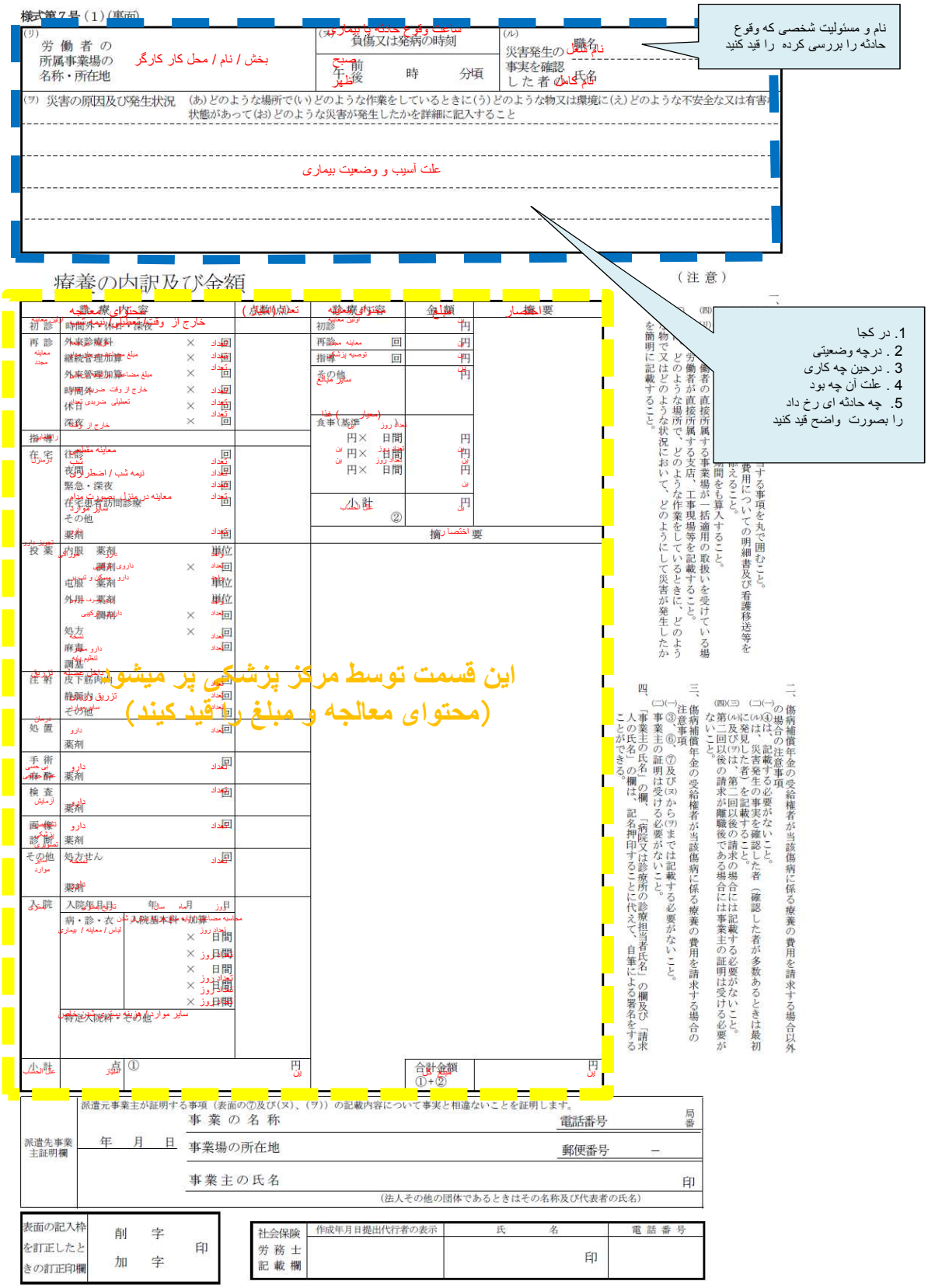
労働基準監督署長　殿

درصورت نوشتن به دست خود احتیاجی به مهر وجود ندارد

این طورقسمتها را باید متقاضی پرکند

این طورقسمتها را مرکز پزشکی باشد پر کند

این طورقسمتها را شرکت باید پر کند

※ درصورتیکه شرکت گواهی ارائه نمیدهد با دفتر نظارت بر استاندارد کاری مشورت کنید.

برگه نمونه نوشتن درخواستنامه مطالبه هزینه درمانی (روش بند7(1) (پشت صفحه))