

Exemplos de Preenchimento de Requerimentos

1. Requerimento do benefício de tratamento médico (Formulário modelo 5)
2. Requerimento do ressarcimento das despesas de tratamento médico (Formulário modelo 7)
3. Requerimento da concessão do benefício compensatório de afastamento de trabalho (Formulário modelo 8)
4. Requerimento da concessão do benefício compensatório por invalidez (Formulário modelo 10)
5. Requerimento da concessão do pagamento único compensatório por morte (Formulário modelo 15)
6. Requerimento da concessão da pensão compensatória por morte (Formulário modelo 12)
7. Requerimento das despesas de funeral (Formulário modelo 16)
8. Requerimento da concessão do benefício compensatório de assistência de terceiros (Formulário modelo 16-2-2)

Requerimento de ressarcimento de despesas de tratamento médico (Formulário modelo 7-1) (frente)

Exemplos de preenchimento

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)

Em caso de acidente no trajeto de trabalho, use o formulário modelo No. 16-5 (1)

Se desconhecer, peça para o empregador preencher

Anote a era, ano e mês na seqüência. Era: 5 para "Showa", 7 para "Heisei", 9 para "Reiwa"

Preencha, "1" para sexo masculino e "3" para sexo feminino

Anote "1" em caso de conta corrente e "3" em caso de conta comercia

Somente preencha o espaço esquerdo com o nome do banco, titular da conta e os itens 16/17/18/19 quando desejar notificar a conta nova, ou quando houver alteração na conta notificada anteriormente

Espaço para certificação do empregador

Espaço reservado para a instituição médica

Assinando de próprio punho, o carimbo é desnecessário

Espaço a serem preenchidos pelo próprio requerente

Espaço a ser preenchido pela instituição médica

Espaço a ser preenchido pela empresa

* Caso não receba a certificação da empresa, consulte-se com a Delegacia do Trabalho.

Solicitação da concessão do benefício compensatório por invalidez (Formulário modelo 10) Exemplo de preenchimento

様式第10号 (表面)

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

Circule o sexo correspondente (MASC "男"-FEM "女")

Em caso de acidente no trajeto de trabalho, use o formulário modelo No. 16-7

Se desconhecer, peça para o empregador preencher

Descreva o local do acidente, o conteúdo do serviço na hora do acidente e outras condições

Anote somente se estiver recebendo a aposentadoria da Previdência Social etc, do mesmo acidente

① 労働保険番号 府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 Number of the security of the accident de trabalho		③ 氏名 氏名 (男・女) 生年月日 フリガナ Nome (katakana) Nome (男・女) Data de nascimento (Idade) Endereço (katakana) Endereço		④ 負傷又は発病年月日 年月日 前後 時 分 頃 Data da lesão/doença	
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号		⑤ 傷病の治癒した年月日 年月日 Data de recuperação da lesão/doença		⑦ 平均賃金 円 銭 Salário médio	
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。) Causas do acidente e condições do acidente					
⑧ 特別給与の総額(年額) 円 Valor total dos salários especiais em um ano					
⑨ 基礎年金番号 Número da pensão individual		⑩ 被保険者資格の取得年月日 年月日		⑪ 障害等級 障害等級 Grau de invalidez	
⑫ 支給される年金の種類等 支給されることとなった年月日 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード Jurisdição da secretaria do seguro social		⑬ 年金の種類 国民年金法のイ、障害年金 船員保険法の傷害年金		⑭ 年金の額 円 Valor da pensão recebido	
⑯ 当該傷病に関する事項 Date da concessão 年 月 日 Número da pensão individual e código de certificada de pensão como a pensão da Previdência Social Jurisdição da secretaria do seguro social					
Espaço para certificação do empregador					
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			
⑲ 添付する書類その他の資料名 Nome dos documentos anexados					
⑳ 年金の払渡しを希望する金融機関又は郵便局		㉑ 金融機関店舗コード 銀行・金庫 農協・漁協・信組 Nome da instituição bancária Nome da agência			
㉒ フリガナ		㉓ 郵便局コード 郵便局 Nome da agência do correio			
㉔ 所在地		㉕ 郵便番号 郵便局 Endereço			
㉖ 預金通帳の記号番号		㉗ 番号 Código e número da caderneta do correio			
障害補償給付の支給を請求します。		障害特別支給金		Código postal 郵便番号	
上記により		障害特別年金の支給を申請します。		Telephone 電話番号	
障害特別一時金		Requestante 請求人の住所		局番	
Date de solicitação 年 月 日		Requestante 請求人の氏名		Assinatura ou carimbo	
労働基準監督署長 殿		Nome do banco ou da agência do correio que deseja receber a pensão		預金の種類及び口座番号	
Nome do banco ou outra instituição bancária para depósito 銀行・金庫 農協・漁協・信組		Nome da agência 本店・本所 出張所 支店・支所		普通・当座 第 Número da conta 口座名義人 Nome do titular	

Espaço a serem preenchidos pelo próprio requerente

Espaço a ser preenchido pela empresa

Assinando de próprio punho, o carimbo é desnecessário

Requerimento da concessão da pensão compensatória por morte (Formulário modelo 12) Exemplo de preenchimento

Formulário de requerimento de pensão compensatória por morte (Modelo 12). O formulário contém seções para dados pessoais, detalhes do acidente, informações do empregador, dados dos requerentes e informações bancárias para o pagamento.

Em caso de acidente no trajeto de trabalho, use o formulário modelo No. 16-8

Circule o sexo correspondente (MASC "男"-FEM "女")

Se desconhecer, peça para o empregador preencher

Descreva o local do acidente, o conteúdo do serviço na hora do acidente e outras condições

Anote somente se estiver recebendo a aposentadoria da Previdência Social etc, referente o mesmo acidente

Anote o nome dos requerentes, data de nascimento, endereço, relação com o trabalhador e a presença de deficiência

Anote os nomes das pessoas que podem receber a pensão compensatória por morte, excluindo os requerentes

① 労働保険番号 (Número do seguro de acidente de trabalho)
② 年金証書の番号 (Número do certificado de pensão)
③ 死亡の事由 (Causas do acidente e condições do acidente)
④ 災害の原因及び発生状況 (Causas do acidente e condições do acidente)

⑤ 請求者の関係 (Relação com o trabalhador falecido)
⑥ 請求者の関係 (Relação com o trabalhador falecido)
⑦ 請求者の関係 (Relação com o trabalhador falecido)

⑧ 請求者の関係 (Relação com o trabalhador falecido)
⑨ 請求者の関係 (Relação com o trabalhador falecido)

⑩ 請求者の関係 (Relação com o trabalhador falecido)
⑪ 請求者の関係 (Relação com o trabalhador falecido)

⑫ 請求者の関係 (Relação com o trabalhador falecido)
⑬ 請求者の関係 (Relação com o trabalhador falecido)

⑭ 請求者の関係 (Relação com o trabalhador falecido)
⑮ 請求者の関係 (Relação com o trabalhador falecido)

⑯ 請求者の関係 (Relação com o trabalhador falecido)
⑰ 請求者の関係 (Relação com o trabalhador falecido)

Espaço a serem preenchidos pelo próprio requerente

Espaço a ser preenchido pela empresa

Assinando de próprio punho, o carimbo é desnecessário

Requerimento das despesas de funeral (Formulário modelo 16) Exemplo de preenchimento

様式第16号 (表紙) Em caso de acidente no trajeto de trabalho, use o formulário modelo No. 16-10

業務災害用 Circule o sexo correspondente (MASC "男"-FEM "女")

労働者災害補償保険
葬祭料請求書

① 労働保険番号 府県 所管管轄 基幹番号 枝番号 ② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号	③ フリガナ 氏名 住所 死亡者との関係	Nome (katakana) Endereço Relação com o trabalhador falecido
④ フリガナ 氏名 死亡年月日 労働者の所属事業場 名称・所在地	Nome (katakana) (男・女) Data de nascimento 年 月 日 (Idade 歳) Categoria ocupacional Endereço	⑤ 負傷又は発病年月日 年 月 日 午前 時 分 頃 ⑦ 死亡年月日 年 月 日
⑥ 災害の原因及び発生状況 Causas do acidente e condições do acidente		⑧ 平均賃金 円 銭

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。

Espaço para certificação do empregador

事業の名称 _____ 電話番号 _____ 局番 _____
 事業場の所在地 _____
 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)

⑨ 添付する書類その他の資料名 _____ Nome dos documentos anexados

上記により葬祭料の支給を請求します。

Data da solicitação 年 月 日	Código postal 郵便番号 _____	Telephone 電話番号 _____ 局番 _____
Requerente 請求人の住所 _____ Endereço _____		
労働基準監督署長 殿		氏名 _____ Nome _____

⑩ 預金の種類及び口座番号 普通・当座 第 _____ Número da conta _____ 名義人 _____ Nome do titular	銀行・金庫 農協・漁協・信組
---	-------------------

(物品番号 62111)

Descreva o local do acidente, o conteúdo do serviço na hora do acidente e outras condições

Espaço a serem preenchidos pelo próprio requerente

Espaço a ser preenchido pela empresa

Assinando de próprio punho, o carimbo é desnecessário

Requerimento da concessão do benefício compensatório de assistência de terceiros (Formulário modelo 16-2-2) Exemplo de preenchimento

■ 様式第16号の2の2 (表面)

労働者災害補償保険 介護補償給付 支給請求書

Em caso de acidente de trabalho, circule "benefício compensatório de assistência de terceiros (介護補償給付)". Em caso de acidente no trajeto do trabalho, circule "benefício de assistência de terceiros (介護給付)".

① 管轄局署 ② 受付年月日 ③ 特別コード

帳票種別 ※ 35290

④ 介護料区分 1有 3無

(注意) (イ) ⑤ 管轄局種別 西暦年 番号 (ロ) 受給している労災年金の種類
 ⑥ 氏名 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左ズメで記入してください。 (ハ) 障害の部位及び状態並びに当該障害を有する上には併存している障害(補償)の部位及び状態(補償)については別紙に記入してください。

⑦ (ホ) 請求対象年月 ⑧ (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 ⑨ (ト) 介護に要する費用と介護に要した費用の額

⑩ 親族 ⑪ 友人・知人 ⑫ 看護師・家政婦又は看護補助者 ⑬ 施設職員

⑭ (ホ) 請求対象年月 ⑮ (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 ⑯ (ト) 介護に要する費用と介護に要した費用の額

⑰ (ホ) 請求対象年月 ⑱ (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 ⑲ (ト) 介護に要する費用と介護に要した費用の額

Assinale com "✓" o tipo de aposentadoria que está recebendo e anote o grau d invalidez ou doença

Caso tenha recebido o certificado da pensão, anote o número do certificado

Anote a era, ano e mês na sequência. (Anote 7, caso seja a Era Heisei. Anote 9, caso seja a Era Reiwa.)

Somente preencha o espaço a direita com o nome do banco, titular da conta e os itens ⑩ a ⑬ quando desejar notificar a conta nova, ou quando houver alteração na conta notificada anteriormente

Caso receba assistência em casa, circule a opção "イ", e caso receba assistência em uma instituição, circule a opção "ロ"

Anote o nome, data de nascimento, grau de parentesco e o período da assistência (a data do início e fim da assistência) e o total de dias da assistência. Se o grau de parentesco se enquadrar nas letras "ハ" e "ニ", não é necessário anotar o nome, data de nascimento e grau de parentesco.

裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合

振込を希望する金融機関の名称 口座名義人

⑩ 金融機関コード

⑪ 郵便局コード

⑫ 口座名義人 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左ズメで記入してください。

⑬ (続き) 口座名義人 (カタカナ)

⑭ (イ) 介護場所 (ただし、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム及び原子爆弾被爆者特別養護ホームは除く。) 所在地 名称

⑮ (ロ) 介護場所 (ただし、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム及び原子爆弾被爆者特別養護ホームは除く。) 所在地 名称

⑯ (ハ) 介護場所 (ただし、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム及び原子爆弾被爆者特別養護ホームは除く。) 所在地 名称

⑰ (ニ) 介護場所 (ただし、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム及び原子爆弾被爆者特別養護ホームは除く。) 所在地 名称

Se a pessoa que fornece assistência seja um familiar, circule a opção "イ", no caso de amigo ou conhecido, circule a opção "ロ", e caso seja uma enfermeira ou atendente à domicílio, circule a opção "ハ" e caso seja um funcionário de alguma instituição, circule a opção "ニ"

(ル) 添付する書類 イ 診断書 ロ 介護に要した費用の額の証明書

介護補償給付の支給を請求します。

〒 Código postal 電話 (Telephone)

住所 Endereço

請求人の (方)

氏名 Nome

労働基準監督署長 殿

Petição referente aos fatos da assistência de terceiros [介護の事実に関する申立て]

私は、上記(リ)及び(ヌ)のとおり介護に従事したことを申し立てます

住所 Endereço

氏名 Nome

電話番号 Telephone

Assinatura ou carimbo 印

Assinando de próprio punho, o carimbo é desnecessário

Modelos de formulários de requerimento de cada benefício e local a apresentar

Tipo de Benefício	Especificação do Acidente	Nome do Formulário	Modelo do Formulário	A quem apresentar
Benefício (compensação) de tratamento médico	Acidente de trabalho	Requerimento do benefício de tratamento médico para compensação de tratamento médico	5	Delegado da Delegacia do Trabalho da jurisdição local, através de hospital, farmácia, etc.
	Acidente no trajeto de trabalho	Requerimento do benefício de tratamento médico para benefício de tratamento médico	16-3	
	Acidente de trabalho	Requerimento do ressarcimento das despesas de tratamento médico para benefício de compensação de tratamento médico	7	Delegacia do Trabalho da jurisdição local
	Acidente no trajeto de trabalho	Requerimento do ressarcimento das despesas de tratamento médico para benefício de tratamento médico	16-5	
Benefício (compensação) de afastamento do trabalho	Acidente de trabalho	Requerimento da concessão do benefício compensatório por afastamento de trabalho	8	Delegacia do Trabalho da jurisdição local
	Acidente no trajeto de trabalho	Requerimento da concessão do benefício por afastamento de trabalho	16-6	
Benefício (compensação) por invalidez	Acidente de trabalho	Requerimento da concessão do benefício compensatório por invalidez	10	Delegacia do Trabalho da jurisdição local
	Acidente no trajeto de trabalho	Requerimento da concessão do benefício por invalidez	16-7	
Benefício (compensação) por morte	Acidente de trabalho	Requerimento da concessão da pensão compensatória por morte	12	Delegacia do Trabalho da jurisdição local
	Acidente no trajeto de trabalho	Requerimento da concessão da pensão por morte	16-8	
	Acidente de trabalho	Requerimento da concessão do pagamento único compensatório por morte	15	
	Acidente no trajeto de trabalho	Requerimento da concessão do pagamento único por morte	16-9	
Despesas de funeral (benefício de funeral)	Acidente de trabalho	Requerimento das despesas de funeral	16	Delegacia do Trabalho da jurisdição local
	Acidente no trajeto de trabalho	Requerimento do benefício de funeral	16-10	
Benefício (compensação) de assistência de terceiros		Requerimento do benefício compensatório de assistência de terceiros/concessão de benefícios de assistência de terceiros	16-2-2	Delegacia do Trabalho da jurisdição local

