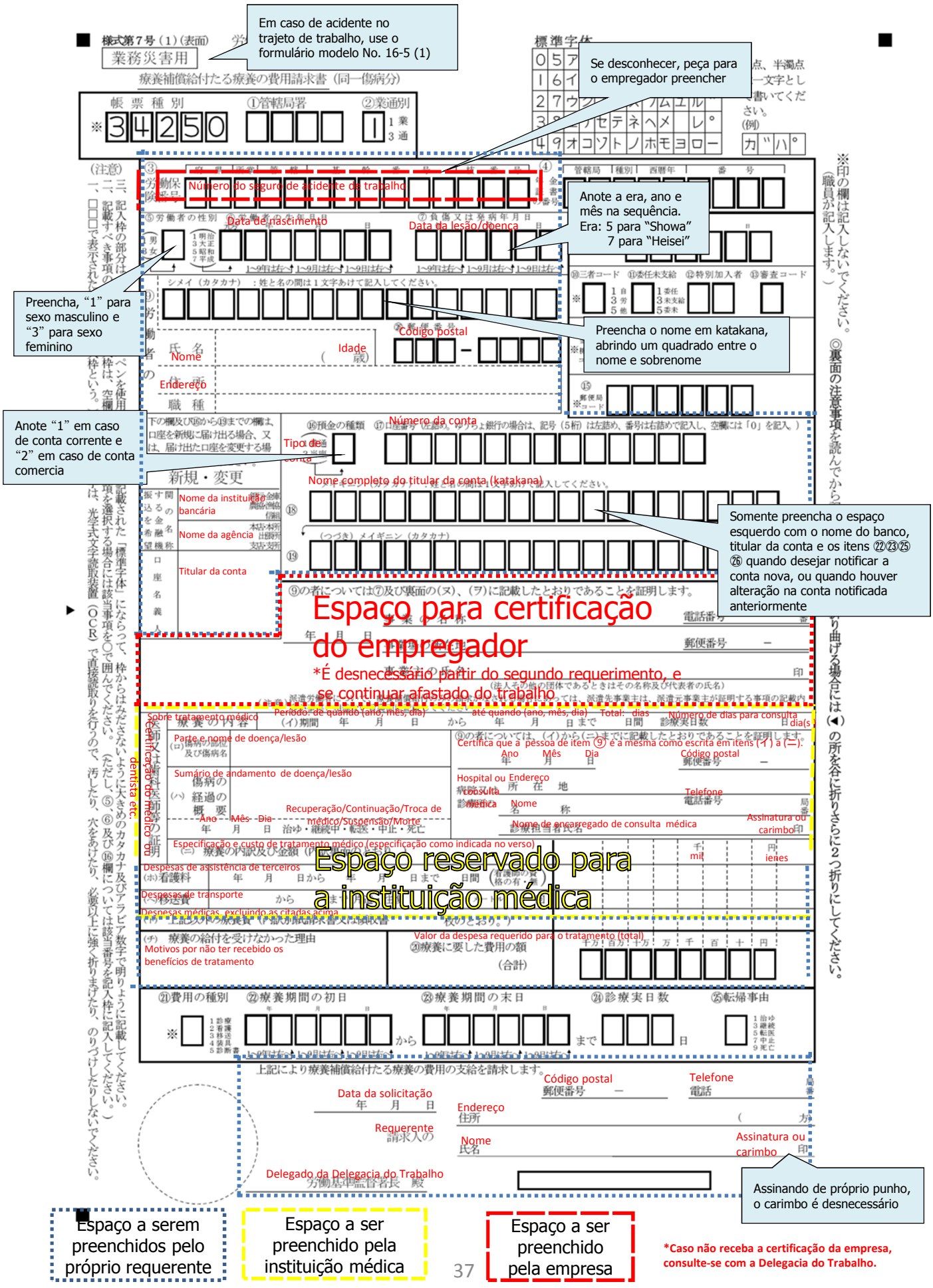
Requerimento de ressarcimento de despesas de tratamento médico (Formulário modelo 7-1) (frente)
Exemplos de preenchimento



療養の費用給付請求書（様式第7号（1）（裏面））記入例

様式第７号（１）（裏面）

Anote o nome e a profissao da pessoa que confirmou o acidente

(リ) 労働者の所属事業場の名称・所在地 — Nome e endereço do local do trabalho

(ヌ) 負傷又は発病の時刻 — Hora do acidente/doença: Am/Pm 年 月 日 時 分頃

(ル) 災害発生の事実を確認した者 — Profissão: 職名 / Name: 氏名

(ヲ) 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すること

Causas do acidente e condições do acidente

①Onde
②Em que condições
③Que tipo de serviço efetuava
④Qual o motivo
⑤Anote claramente o tipo de acidente ocorrido

療養の内訳及び金額

診療内容 Conteúdo da consulta	点数(点)	診療内容 Conteúdo da consulta	金額	摘要 Sumário
初診 Primeira consulta		初診 Primeira consulta	円	
再診 Consultas a partir de segunda vez		再診 Consultas a partir de segunda vez	円	
指導 Orientação		指導 Orientação	円	
在宅 Visita médica por pedido de doente		その他 Outras	円	
投薬 Medicação		食事療養 Refeição (padrão)		
注射 Injeção		円× 日間 ienes x dias	円	
処置 Tratamento		円× 日間 ienes x dias	円	
手術 Operação		円× 日間 ienes x dias	円	
検査 Exame		小計 Soma parcial ②	円	
画像診断 Diagnóstico por imagem		摘要 Sumário		
その他 Outras				
入院 Internação				
小計 Soma parcial	点 ① Pontos		円 ienes	合計額 Soma ①+② 円 ienes

Espaço reservado para a instituição médica (Anote o especificação e custo do tratamento médico)

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

(二)(一)④は、記載する必要がないこと。

(二)(ル)に発見した者（確認した者が多数あるときは最初は、災害発生の事実を確認した者）を記載すること。

(四)(三)(ル)及び(ヲ)は、第二回以後の請求の場合には記載する必要がないこと。

第二回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと。

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

(二)(一)③⑥⑦及び(ヌ)から(ヲ)までは記載する必要がないこと。

事業主の証明は受ける必要がないこと。

四、「事業主の氏名」の欄及び「請求人の氏名」の欄は、「病院又は診療所の診療担当者氏名」の欄及び「請求人の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

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(ヌ)、(ヲ)）の記載内容について事実と相違ないことを証明します。

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 －

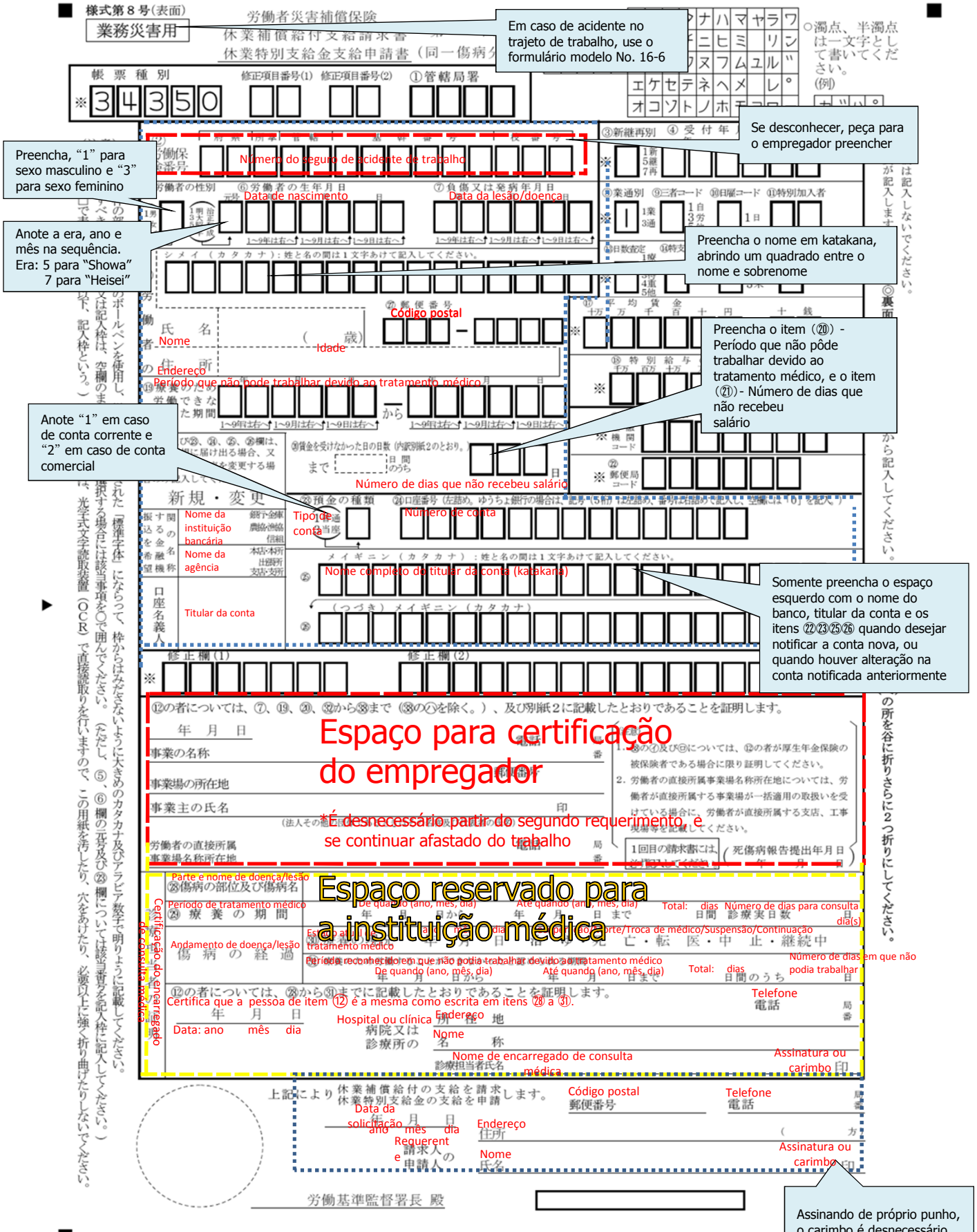
事業主の氏名 — 印

（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 / 加 字	印

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	

Requerimento da concessão do benefício compensatório por afastamento do trabalho (Formulário modelo 8) Exemplo de preenchimento



*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）

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

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 支給申請書
障害特別一時金

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

① 労働保険番号 府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 — Número do seguro de acidente de trabalho

② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号

③ Dados do trabalhador
フリガナ 氏名 — Nome (katakana) / Nome
生年月日 — Data de nascimento (Idade 歳)
フリガナ 住所 — Endereço (katakana) / Endereço
職種
所属事業場名称・所在地

④ 負傷又は発病年月日 — Data da lesão/doença 年 月 日 午前 午後 時 分頃

⑤ 傷病の治ゆした年月日 — Data de recuperação da lesão/doença 年 月 日

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

⑦ 平均賃金 — Salário médio 円 銭

⑧ 特別給与の総額（年額） — Valor total dos salários especiais em um ano 円

⑨ 厚生年金保険の給付関係
㋑ 基礎年金番号 — Número da pensão individual
㋺ 被保険者資格の取得年月日 年 月 日
年金の種類 — Tipo de pensão — 厚生年金保険法の イ、障害年金 ロ、障害厚生年金 / 国民年金法の イ、障害年金 ロ、障害基礎年金 / 船員保険法の傷害年金
㋩ 当該傷病に関して支給される年金の種類等
障害等級 — Grau de invalidez 級
支給される年金の額 — Valor da pensão recebido 円
支給されることとなった年月日 — Data da concessão 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 — Número da pensão individual e código de certificado de pensão como a pensão da Previdência Social
所轄年金事務所等 — Jurisdição da secretaria do seguro social

Sobre recebimento de pensão da Previdência Social etc.

③の者については、④、⑥から⑧まで並びに⑨の㋩及び㋥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
年 月 日
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）
〔注意〕⑨の㋑及び㋺については、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。

⑩ 障害の部位及び状態 （診断書のとおり。）
⑪ 既存障害がある場合にはその部位及び状態 — Parte do corpo e sintomas de deficiências existentes

⑫ 添付する書類その他の資料名 — Nome dos documentos anexados

⑬ 年金の払渡しを受けることを希望する金融機関又は郵便局
金融機関（郵便貯金銀行の支店等を除く。）
名称 — ※ 金融機関店舗コード — Nome da instituição bancária — Nome da agência
銀行・金庫 農協・漁協・信組 本店・本所 出張所 支店・支所
預金通帳の記号番号 — 普通・当座 第 — Código e número da caderneta do banco 号
郵便局又は郵便貯金銀行の支店等（郵便局を除く。）
フリガナ 名称 — ※ 郵便局コード — Nome da agência do correio (katakana) — Nome da agência do correio 郵便局
所在地 — Endereço 都道府県 市郡区
預金通帳の記号番号 — Código e número da caderneta do correio 第 号

上記により 障害補償給付の支給を請求します。 障害特別支給金 障害特別年金の支給を申請します。 障害特別一時金

Data de solicitação 年 月 日

Requerente 請求人 申請人 の

Endereço 住所

Nome 氏名 — Assinatura ou carimbo ㊞

Código postal 郵便番号 Telefone 電話番号 局 番

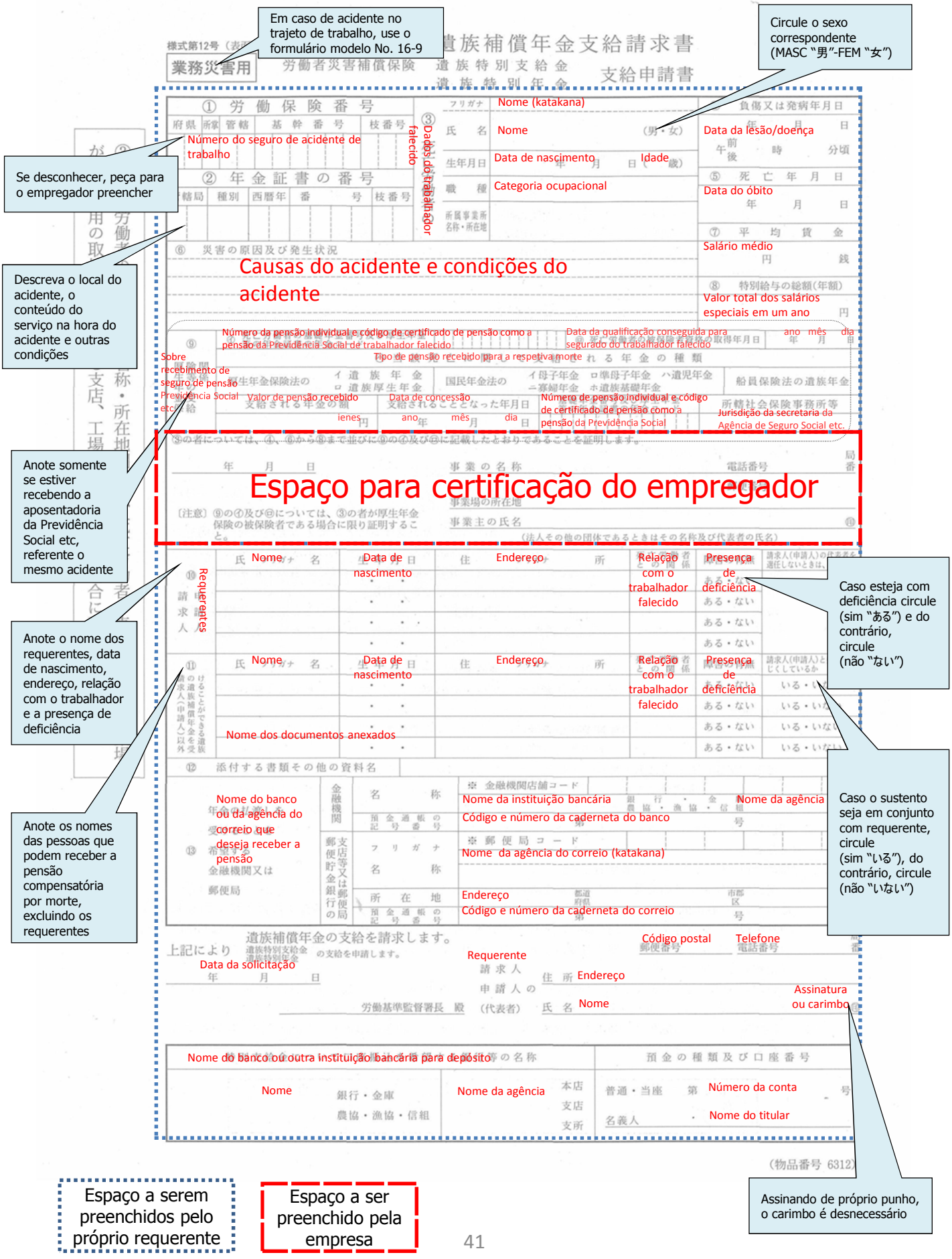
労働基準監督署長 殿

Nome do banco ou da agência do correio onde você quer receber a pensão

振込を希望する金融機関の名称		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 号 口座名義人 Nome do titular

Assinando de próprio punho, o carimbo é desnecessário

Espaço a serem preenchidos pelo próprio requerente

Espaço a ser preenchido pela empresa

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