

Requerimento da concessão do pagamento único compensatório por morte (Formulário modelo 15) Exemplo de preenchimento

様式第15号 (表面)

Em caso de acidente no trajeto de trabalho, use o formulário modelo No. 16-9

労働者災害補償保険 遺族補償一時金支給請求書 遺族特別支給金支給申請書 遺族特別一時金支給申請書

Circle o sexo correspondente (MASC "男" FEM "女")

〔注意〕

③の死亡一括適用の

Se desconhecer, peça para o empregador preencher

事業場名称
している支店、工

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

死亡労働者の直接所属する事業場が等の場合に記入して下さい。

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

<p>① 労働保険番号</p> <p>県 所管 管轄 基幹番号 枝番号</p> <p>② 年金証書の番号</p> <p>管轄局 種別 西暦年 番号 枝番号</p>	<p>③ フリガナ 氏名 (katakana) (男・女)</p> <p>氏名 (男・女)</p> <p>生年月日 年 月 日 (Idade)</p> <p>職業種 職業種</p> <p>所属事業場 所属事業場</p> <p>所在地 所在地</p>	<p>④ 負傷又は発病年月日</p> <p>年 月 日</p> <p>午前 午後 時 分 頃</p> <p>⑤ 死亡年月日</p> <p>年 月 日</p> <p>⑦ 平均賃金</p> <p>Salário médio 円 銭</p> <p>⑧ 特別給与の総額 (年額)</p> <p>Valor total dos salários especiais em um ano 円</p>																																			
<p>⑥ 災害の原因及び発生状況</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">Causas do acidente e condições do acidente</p>																																					
<p>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。</p>																																					
<p style="color: red; font-size: 2em; font-weight: bold;">Espaço para certificação do empregador</p> <p>事業の名称</p> <p>事業場の所在地</p> <p>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)</p> <p>電話番号 局番</p> <p>郵便番号</p>																																					
<p>⑨ 請求人</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>フリガナ 氏名</th> <th>生年月日</th> <th>住所</th> <th>死亡労働者との関係</th> <th>請求人(申請人)の代表者を選任しないときはその理由</th> </tr> <tr> <th>Nome</th> <th>Data de nascimento</th> <th>Endereço</th> <th>Relação com o trabalhador falecido</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td>年 月 日</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	フリガナ 氏名	生年月日	住所	死亡労働者との関係	請求人(申請人)の代表者を選任しないときはその理由	Nome	Data de nascimento	Endereço	Relação com o trabalhador falecido			年 月 日					年 月 日					年 月 日					年 月 日					年 月 日				<p>⑩ 添付する書類その他の資料名</p>
フリガナ 氏名	生年月日	住所	死亡労働者との関係	請求人(申請人)の代表者を選任しないときはその理由																																	
Nome	Data de nascimento	Endereço	Relação com o trabalhador falecido																																		
	年 月 日																																				
	年 月 日																																				
	年 月 日																																				
	年 月 日																																				
	年 月 日																																				

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の支給を申請します。

Data da solicitação	Código postal	Telefone	局番
年 月 日	郵便番号	電話番号	方
Requestante		住所	
請求人		Endereço	
(代表者)		氏名	
労働基準監督署長 殿		Assinatura ou carimbo	
Nome do banco ou outra instituição bancária para depósito		預金の種類及び口座番号	
振込を希望する銀行等の名称 (郵便貯金銀行の支店等を除く)		普通・当座 第 Número de conta 号	
Nome	銀行・金庫	Nome da agência	本店 支店 支所
	農協・漁協・信組		名義人 Titular da conta

(物品番号 62110) 19.

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) 業務災害用

Em caso de acidente no trajeto de trabalho, use o formulário modelo No. 16-10

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	フリガナ	氏名	Nome (katakana)		
府県 所管 管轄 基幹番号 校番号	フリガナ	氏名	Nome (katakana)		
② 年金証書の番号		住所	Endereço		
管轄局 種別 西暦年 番号		住所	Endereço		
		死亡者の労働者の関係	Relação com o trabalhador falecido		
④ フリガナ 氏名		Nome (katakana) (男・女)		⑤ 負傷又は発病年月日 Data da lesão/doença	
死亡年月日		Data de nascimento 年 月 日 (Idade 歳)		年 月 日	
労働者の職種		Categoria ocupacional		午前 時 分頃	
所属事業場名称・所在地		Endereço		⑦ 死亡年月日 Data do óbito	
				年 月 日	
⑥ 災害の原因及び発生状況				⑧ 平均賃金 Salário médio	
Causas do acidente e condições do acidente				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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 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) </div>					
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		Telefone 電話番号	
		Requerente 請求人の住所		Endereço	
労働基準監督署長 殿		氏名		Assinatura ou carimbo 印	
		Nome			
Nome do banco ou outra instituição bancária para depósito 振込を希望する銀行等の名称 (郵便貯金銀行の支店等を除く)			預金の種類及び口座番号		
Nome 銀行・金庫 農協・漁協・信組		Nome da agência 本店 支店 支所	普通・当座 第Número da conta		名義人 Nome do titular

(物品番号 62111)

Espaço a serem preenchidos pelo próprio requerente

Espaço a ser preenchido pela empresa

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	
	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	
	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	
	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	