

## Halimbawa ng pagsulat sa bawat uri ng Payment Request Form

1. Medical Benefit Payment Request Form (Form No. 5)
2. Medical Bill Payment Request Form (Form No. 7)
3. Leave Compensation Benefit Payment Request Form (Form No. 8)
4. Disability Compensation Benefit Payment Request Form (Form No. 10)
5. Bereaved Family Compensation Lump-sum Payment Request Form (Form No. 15)
6. Bereaved Family Compensation Pension Payment Request Form (Form No. 12)
7. Funeral Fee Payment Request Form (Form No. 16)
8. Nursing Care Compensation Benefit Payment Request Form (2 ng 2, ng Form No. 16)

# Halimbawa ng pagsulat sa Medical Benefit Payment Request Form (Form No. 5)

3 ng Form No. 16 para sa kaso ng pagkapinsala patungo sa trabaho.

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険 裏面に記載してある注意  
**業務災害用** 事項をよく読んで上で、  
 療養補償給付たる療養の給付請求書 記入してください。

標準字体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	°	—
	アイ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス
	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	モ	ヤ
	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン			

Kung hindi alam, hilingin sa nangangasiwa sa pook ng trabaho ang pagsulat nito.

別 90 ①管轄局署 ②業通別 ③保留 ④処理区分  
 1 業 1 全レセ 1 全レセ  
 3 通 3 給付 3 給付

労働保険番号  
**Numero para sa Workers Compensation Insurance**

Pakisulat mula sa Era, Taon, Buwan.  
 Era: 5 para sa Showa  
 7 para sa Heisei  
 9 para sa Reiwa

④受付年月日  
 ※ 年 月 日

⑦支給・不支給決定年月日  
 ※ 年 月 日

⑪再発年月日  
 ※ 年 月 日

※印の欄は記入した(職員が記入)

Pakisulat ang "1" para sa lalaki at "3" para sa babae.

⑧性別 1 男 3 女  
 ⑨労働者の生年月日  
**Paksa ng kawanganakan**  
 ⑩負傷又は発病年月日  
**Paksa ng pagkapinsala o pagkakasakit**

⑬三者 1 自傷 3 労災  
 ⑭特疾 1 特疾 3 他  
 ⑮特別加入者

Pakisulat ang pangalan at job title ng nagsagawa ng kumpirmasyon ukol sa pagkakaroon ng kapahamakan.

Pakisulat ang pangalan sa katakana at maglaan ng space sa pagitan.

⑫氏名 **Pangalan** (Edad, 歳)  
 ⑬フリガナ  
 ⑭郵便番号  
 ⑮Zip Code  
 ⑯住所 **Tirahan**

⑯自傷又は発病の時刻  
**Oras ng pagkapinsala o pagkakasakit**  
 ⑰Hapón  
 ⑱災害発生の事実を確認した者の職名、氏名  
**Trabaho o Job Title**  
 ⑲氏名 **Pangalan**

⑲職種 **Kategorya ng trabaho**

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  
**Sanhi ng aksidente at laqay o delikto ng mga pangyayari** 災害が発生した(か)り初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること

- (1) Saan ito nangyari?
- (2) Ano ang situasyon?
- (3) Sa anong gawain ito nangyari?
- (4) Ano ang dahilan?
- (5) Pakikumpirma o linawin kung anong aksidente ang nangyari.

⑳指定病院等の 名称 電話 ( ) -  
 所在地 〒 -

㉑傷部の部位及び状態

㉒の者については、⑩、⑰及び⑱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 ( ) -

事業場の所在地 〒 -  
 事業主の氏名 \* **Hanay para sa pagpapatunay ng employer o kompanya** 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)  
 労働者の所属事業場の名称・所在地 電話 ( ) -  
 (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つては、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。  
**Hepe ng tanggapan ng Labor Standards Inspection Office**  
 労働基準監督署長 殿 年 月 日  
 〒 Zip Code 電話 ( ) -  
**Telepono**

病 院 所 経 由  
 診 療 所  
 薬 局  
 訪問看護事業者  
**Pangalan ng ospital** Claimant 請求人の 住所 **Tirahan** ( ) 方  
 氏名 **Pangalan** Pirma 印

支 不 支 給 給 決 決 定 決 議 書	署 長	副 署 長	課 長	係 長	係	決定年月日	・	・
	調査年月日	・	・	・	・	不支給の理由		
	復命書番号	第	号	第	号	第	号	第

Sa kaso ng paggamit ng sariling pirma, hindi na kailangan ang stampa.

Bahaging dapat sulatan mismo ng claimant o nagsasagawa ng payment request.

Bahaging dapat sulatan ng kompanya.

\* Sa kasong hindi maaring tumanggap ng pagpapatunay o certification mula sa kompanya, kumunsulta sa tanggapan ng Labor Standards Inspection Office

# Halimbawa ng pagsulat sa Medical Bill Benefit Payment Request Form (Form No. 7 (1) (Harapan))

様式第7号(1)(表面) 業務災害用 療養補償給付たる療養の費用請求書 (同一傷病分)

標準 アイウエオカ ナニノヒフヘ

※ 34260 1業 3通 1委任 3未支給 5委未

Sa kaso ng pagkapinsala patungo sa trabaho, gamitin ang 5 (1) ng Form No. 16

Kung hindi alam, hilingin sa nangangasiwa sa pook ng trabaho ang pagsulat nito

③ 労働保険番号 (労働者番号) Numbers para sa Worker's Compensation Insurance

④ 労働者の性別 (Gender) ⑤ 労働者の生年月日 (Date of Birth) Pensa ng pagkapinsala o pagkaskit

⑥ 労働者の性別 (Gender) ⑦ 労働者の生年月日 (Date of Birth) Pensa ng kapangarakan

⑧ 労働者の生年月日 (Date of Birth) Pensa ng pagkapinsala o pagkaskit

⑨ 労働者の住所 (Address) Pangalan (Name) Edad (Age)

⑩ 労働者の住所 (Address) Zip Code

※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

Pakisurat ang "1" para sa lalaki at "3" para sa babae.

Pakisulat mula sa Era, Taon, Buwan Era: 5 para sa Showa 7 para sa Heisei 9 para sa Reiwa

Pakisurat ang pangalan sa katakana at maglaan ng space sa pagitan

Pakisurat ang "1" para sa regular account at "3" para sa checking account

⑯ 預金の種類 (Type of Savings) ⑰ 口座番号 (Account Number)

⑱ 振込先 (Recipient) ⑲ 振込先 (Recipient)

⑳ 振込先 (Recipient)

Ang hanay sa ⑯⑰⑱⑲, pangalan ng bangkong nasa kaliwa at may-ari ng account, ay kailangang sulatan lamang sa kaso ng pagbigay ng bagong account o kapag babaguhin ang account na ibinigay

⑳ 事業場の所在地 (Business Location) ㉑ 事業場の所在地 (Business Location)

㉒ 事業場の所在地 (Business Location)

㉓ 事業場の所在地 (Business Location)

Hanay para sa pagpapatunay o certification ng kompanya

Hindi na kailangan sa kaso ng ikalawang beses o higit pang payment request, pagkatapos umalis sa kompanya

㉔ 療養の内容 (Treatment Details) ㉕ 療養の内容 (Treatment Details)

㉖ 療養の内容 (Treatment Details) ㉗ 療養の内容 (Treatment Details)

㉘ 療養の内容 (Treatment Details) ㉙ 療養の内容 (Treatment Details)

Hanay para sa pagsulat ng pagamutan

㉚ 療養の内訳及び金額 (Treatment Details and Amount) ㉛ 療養の内訳及び金額 (Treatment Details and Amount)

㉜ 療養の内訳及び金額 (Treatment Details and Amount) ㉝ 療養の内訳及び金額 (Treatment Details and Amount)

㉞ 療養期間の初日 (Start of Treatment) ㉟ 療養期間の末日 (End of Treatment)

㊱ 療養期間の初日 (Start of Treatment) ㊲ 療養期間の末日 (End of Treatment)

㊳ 療養期間の初日 (Start of Treatment) ㊴ 療養期間の末日 (End of Treatment)

㊵ 療養期間の初日 (Start of Treatment) ㊶ 療養期間の末日 (End of Treatment)

㊷ 療養期間の初日 (Start of Treatment) ㊸ 療養期間の末日 (End of Treatment)

㊹ 療養期間の初日 (Start of Treatment) ㊺ 療養期間の末日 (End of Treatment)

Bahaging dapat sulatan mismo ng claimant o nagsasagawa ng payment request.

Bahaging dapat sulatan ng pagamutan.

Bahaging dapat sulatan ng kompanya.

\* Sa kasong hindi maaring tumanggap ng pagpapatunay o certification mula sa kompanya, kumunsulta sa tanggapan ng Labor Standards Inspection Office.

# Halimbawa ng pagsulat sa Medical Bill Benefit Payment Request Form (Form No. 7 (1) (Likuran))

様式第7号(1)(裏面)

(1) 労働者の所属事業場の名称・所在地  
Pangalan at address ng trabaho o workplace

(2) Oras ng pagkaka-insala o pagkaksakit  
Umaga / Hapon / Gabi  
時 / 分 / 頃

(3) 災害発生の事実を確認した者の氏名  
職名 Trabaho Pangalan  
氏名 Pangalan

Pagsulat ang pangalan at job title ng nagsagawa ng kumpirmasyon ukol sa pagkakaroon ng kapahamakan.

(7) 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所であり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(ほ)どのような災害が発生したかを詳細に記入すること

Sanhi ng aksidente at lagay o detalye ng mga pangyayari

(費)

療養の内訳及び金額

品目	内容	単位	数量	単価	金額	
診療	外来診療料	回			円	
	継続管理加算	回			円	
	外来管理加算	回			円	
	時間外	回			円	
	休日	回			円	
	深夜	回			円	
	食事(基準)	日			円	
在宅	往診	回			円	
	夜間	回			円	
	緊急・深夜	回			円	
	在宅患者訪問診療	回			円	
	その他	回			円	
	薬剤	回			円	
入院	内服薬	回			円	
	外用薬	回			円	
	処方薬	回			円	
	処方せん	回			円	
	注射	回			円	
	手術	回			円	
検査	血液	回			円	
	尿	回			円	
	その他の検査	回			円	
入院	入院年月日	年	月	日		
	病室・病棟	入院基本料・加算			円	
	特定入院料・その他				円	
小計	点 ①			円	合計金額 ①+②	円

原簿元事業主が証明する事項（表面の②及び⑤）、(7)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。

事業主の氏名 \_\_\_\_\_ 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  
加 字  
印

社会保険  
労働士  
記載欄

作成年月日提出代行者の表示 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

電話番 号 \_\_\_\_\_ 印

(1) 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

① 傷病発生の事実を確認した者（確認した者が多数あるときは最初を以て）及び(2)を請求する者は、(1)に記された事項を証明する必要があること。

② 傷病発生の事実を確認した者は、(1)に記された事項を証明する必要があること。

③ 傷病発生の事実を確認した者は、(1)に記された事項を証明する必要があること。

④ 傷病発生の事実を確認した者は、(1)に記された事項を証明する必要があること。

⑤ 傷病発生の事実を確認した者は、(1)に記された事項を証明する必要があること。

Halay para sa pagsulat ng pagamutan ng aksulat ang nilalaman o detalye ng nagpapagarang ot na tinanggap at halaga)

- (1) Saan ito nangyari?
- (2) Ano ang situasyon?
- (3) Sa anong gawain ito nangyari?
- (4) Ano ang dahilan?
- (5) Pakikumpirma o linawin kung anong aksidente ang nangyari.

(費) には、該当する事項をすべて明記する。  
①は、その費用についての明細書及び看護料等を別紙添付すること。  
②は、その費用を一括適用の取扱を受けている場所である支店、工場等を記載すること。  
③は、その費用を一括適用の取扱を受けている場所である支店、工場等を記載すること。  
④は、その費用を一括適用の取扱を受けている場所である支店、工場等を記載すること。  
⑤は、その費用を一括適用の取扱を受けている場所である支店、工場等を記載すること。



# Halimbawa ng pagsulat sa Leave Compensation Benefit Payment Request Form (Form No. 8)

**様式第8号(表面)** 労働者災害補償保険 業務災害用 休業補償給付文和請求書 休業特別支給金支給申請書 (同一傷病分)

6 ng Form No. 16 para sa kaso ng pagkapinsala patungo sa trabaho.

帳票種別 ①管轄局署 ③新傷再別 ④受付年月日 ⑧業種別 ⑨三者コード ⑩日雇コード ⑪特別加入者

⑦平均賃金 ⑫特別給与の額 ⑬日数査定 ⑭特支コードの委任

⑮労働者の性別 ⑯労働者の生年月日

⑰労働者の住所 ⑱郵便番号 Zip Code

⑲傷病又は発病年月日

⑳預金の種類 ㉑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。)

㉒金庫 ㉓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。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

㉔金融機関 ㉕店舗

㉖金融機関コード ㉗郵便局コード

⑳ Hanay para sa pagpapatunay o certification ng Kompanya  
 ㉑ Hindi na kailangan sa kaso ng ikalawang beses o higit pang payment request, pagkatapos umalis sa kompanya

㉒ Bahaging susulatan ng pagamutan

㉓ Bahaging dapat sulatan ng kompanya

㉔ Sa kaso ng paggamit ng sariling pirma, hindi na kailangan ang stampa.

労働基準監督署長 殿

Pakisulat ang "1" para sa lalaki at "3" para sa babae

Pakisulat mula sa Era, Taon, Buwan  
Era: 5 para sa Showa  
7 para sa Heisei  
9 para sa Reiwa

Pakisulat ang "1" para sa regular account at "3" para sa checking account

Kung hindi alam, hilingin sa nangangasiwa sa pook ng trabaho ang pagsulat nito

Pakisulat ang pangalan sa katakana at maglaan ng space sa pagitan

Pakisulat ang panahon na kung kailan hindi nakapagtrabaho ang manggagawa sanhi ng pagpapagamot (19) at ang bilang ng araw (20) ng hindi pagtanggap ng sahod

Ang hanay sa ㉒, ㉓, ㉔, ㉕, ㉖, pangalan ng bangkong nasa kaliwa at may-ari ng account, ay kailangang sulatan lamang sa kaso ng pagbigay ng bagong account o kapag babaguhin ang account na ibinigay

ハシを記入してください。ハシは、空欄の記入枠に入ります。ハシは、光學式文字取装置 (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曲げたり、のりづけたりしないでください。

この所を谷に折りまわすこと折りだしていただきます。

Bahaging dapat sulatan mismo ng claimant o nagsasagawa ng payment request.

Bahaging dapat sulatan ng pagamutan.

Bahaging dapat sulatan ng kompanya.

\*Sa kaso ng hindi maaring tumanggap ng pagpapatunay o certification mula sa kompanya, kumunsulta sa tanggapan ng Labor Standards Inspection Office.

# Halimbawa ng pagsulat sa Disability Compensation Benefit Payment Request Form (Form No. 10)

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 障害特別年金支給申請書 障害特別一時金

Pakibilugan ang "男" para sa lalaki at "女" para sa babae.

Sa kaso ng pagkapinsala patungo sa trabaho, gamitin ang 7 ng Form No. 16

① 労働保険番号 府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号	③ フリガナ 氏名 (男・女) 生年月日 (歳) 住所 職 所属事業場 名称・所在地	④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 時 分 秒
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	⑦ 平均賃金 円 銭
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)		⑧ 特別給与の総額(年額) 円

Sanhi ng aksidente at tagay o detalye ng mga pangyayari

Kung hindi alam, hilingin sa nangangasiwa sa pook ng trabaho ang pagsulat nito.

Linawing mabuti kung saan g lugar naganap ang aksidente, ang nilalaman ng trabaho sa panahong ito at at situasyon noong mangyari ito.

Sulatan lamang sa kasong tatanggap ng pension tulad ng Employee's Pension at iba pa para sa parehong pinsala/sakit

⑨ 基礎年金番号 Basic Pension Number	⑩ 被保険者資格の取得年月日 年 月 日
⑪ 年金の種類 Uri ng pension	⑫ 障害等級 Antas o grado ng pinsala
⑬ 当該傷病に関して支給される年金の種類等	⑭ 支給される年金の額 Halaga ng ipagkakaloob na pension
⑮ 支給されることとなった年月日	⑯ 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード
⑰ 所轄年金事務所等	⑱ 所轄年金事務所等

Hanay para sa pagpapatunay o certification ng kompanya

③の者については、④、⑥から⑧まで並びに⑩の①及び②に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称	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)

[注意] ⑨の①及び②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。

⑲ 障害の部位及び状態 (診断書のとおり)	⑳ 既存障害がある場合にはその部位及び状態
-----------------------	-----------------------

⑳ 送付する書類その他の資料名 Pangalan ng kalakip na dokumento	㉑ 金融機関店舗コード Pangalan ng financial institution Branch o sangay
㉒ 年金の払渡しを希望する金融機関又は郵便局 Sign number ng bankbook	㉓ 郵便局コード Pangalan ng Postal Savings (Katakana) Pangalan ng Postal Savings
㉔ フリガナ Address	㉕ 郵便局 Sign number ng bankbook

障害補償給付の支給を請求します。  
上記より 障害特別支給金 郵便番号 Zip Code 電話番号 Telepono 番  
障害特別年金の支給を申請します。  
障害特別一時金  
Peta sa aplikasyon 年 月 日 Claimant 住所 Tirahan  
請求人の 氏名 Pangalan Pirma

振込を希望する金融機関の名称 Post Office o financial institution, kung saan nais tanggapin ang pension	預金の種類及び口座番号 Branch o sangay 普通・当座 第 号 May-ari ng account
---	--

Sa kaso ng paggamit ng sariling pirma, hindi na kailangan ang stampa.

Bahaging dapat sulatan mismo ng claimant o nagsasagawa ng payment request.

Bahaging dapat sulatan ng kompanya.



# Halimbawa ng pagsulat sa Bereaved Family Compensation Pension Payment Request Form (Form No. 12)

Sa kaso ng pagkapinsala patungo sa trabaho, gamitin ang 8 ng Form No. 16

Pakibitugan ang "男" para sa lalaki at "女" para sa babae.

Kung hindi alam, hilingin sa nangangasiwa sa pook ng trabaho ang pagsulat nito.

Linawing mabuti kung saan g lugar naganap ang aksidente, ang nilalaman ng trabaho sa panahong ito at situasyon noong mangyari ito.

Sulatan lamang sa kasong tatanggap ng pension tulad ng Employee's Pension at iba pa para sa parehong pinsala/sakit

Pakisulat ang pangalan ng nagsasagawa ng payment request, petsa ng kapanganakan, tirahan, kaugnayan sa namatay at kung may disability o pinsala sa katawan.

Maliban sa nagsasagawa ng payment request, pakisulat ang mga nauilang maaring tumanggap ng Bereaved Family Compensation Pension.

Form No. 12 遺族補償年金支給請求書 (Bereaved Family Compensation Pension Payment Request Form)

① 労働保険番号 (Workers' Compensation Insurance Number)

② 年金証書の番号 (Pension Certificate Number)

③ 氏名 (Name) Pangalan (Katakana) (男・女) (Sex)

④ 生年月日 (Date of Birth) Petsa ng kapanganakan (日・Edad (Age))

⑤ 職業 (Occupation) Kategoriya ng trabaho

⑥ 死亡年月日 (Date of Death) Petsa ng paggaling ng pinsala o sakit

⑦ 平均賃金 (Average Wage) Sahod o average wage

⑧ 特別給付の総額 (年額) (Total amount of special payment (annual)) Kabuuang halaga ng Special Salary sa isang taon

⑨ 死亡の事由及び発生状況 (Cause and circumstances of death)

Sanhi ng aksidente at lagay o detalye ng mga pangyayari

⑩ 事業主の氏名 (Name of Employer) Hanay para sa pagpapatunay o certification ng kompanya

⑪ 請求人 (Claimant) Pangalan, Petsa ng kapanganakan, Tirahan, Kaugnayan sa manggagawa, Pagkakatamang ng pinsala sa katawan, Pagkakatamang ng disability o pinsala sa katawan

⑫ 請求先 (Post Office or financial institution) Pangalan ng financial institution, Branch o sangay, Sign number ng bankbook, Pangalan ng Postal Savings, Address, Sign number ng bankbook

⑬ 請求日 (Date of Application) Petsa ng aplikasyon

⑭ 請求人住所 (Claimant's Residence) Claimant, Tirahan, Pina

⑮ 請求先 (Post Office or financial institution) Pangalan, Branch o sangay, Numero ng account, May-ari ng account

Sulatan ng "Mayroon" kung may disability o pinsala sa katawan at "Wala" kung walang disability.

Sulatan ng "Oo" kung kasama ng claimant sa pamumuhay o "Hindi" kung hindi kasama sa pamumuhay.

Bahaging dapat sulatan mismo ng claimant o nagsasagawa ng payment request.

Bahaging dapat sulatan ng kompanya.

Sa kaso ng paggamit ng sariling pina, hindi na kailangan ang stampa.



# Halimbawa ng pagsulat sa Bereaved Family Compensation Lump-sum Payment Request Form (Form No. 15)

様式第15号 (表面)

Sa kaso ng pagkapinsala patungo sa trabaho, gamitin ang 9 ng Form No. 16

## 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

Pakibilugan ang "男" para sa lalaki at "女" para sa babae.

【注意】

③の死亡労働者一括適用の取扱

Kung hindi alam, hilingin sa nangangasiwa sa pook ng trabaho ang pagsulat nito.

業場名称  
いる支店

Linawing mabuti kung saang lugar naganap ang aksidente, ang nilalaman ng trabaho sa panahong ito at sitwasyon noong mangyari ito.

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。

Pakisulat ang pangalan ng nagsasagawa ng payment request, petsa ng kapanganakan, tirahan, kaugnayan sa namatay at kung may disability o pinsala sa katawan.

① 労働保険番号 府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号 Numero para sa Workers' Compensation Insurance		③ フリガナ 氏名 死亡生年月日 労働者の所属事業場所在地	Pangalan (Katakana) Pangalan (男・女) Petsa ng pangangakan (Edad) Kategorya ng trabaho	④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 Petsa ng pagkapinsala o pagkaksakit 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		労働者の所属事業場所在地		⑤ 死亡年月日 年 月 日 Petsa ng paggaling ng pinsala o sakit
⑥ 災害の原因及び発生状況 Sanhi ng aksidente at lagay o detalye ng mga pangyayari				⑦ 平均賃金 Sahod o average wage 円 銭
				⑧ 特別給与の総額 (年額) Kabuuang halaga ng Special Salary sa isang taon 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。

電話番号 局番

事業の名称

年 月 日

Hanay para sa pagpapatunay o certification ng kompanya

郵便番号

事業場の所在地

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)

フリガナ 氏名	生年月日	住 所	死亡労働者との関係 kaugnayan sa manggagawa	請求人(申請人)の代表者を選任しないときはその理由
Pangalan	Petsa ng pangangakan	Tirahan		
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

Pangalan ng kalakip na dokumento

⑩ 添付する書類その他の資料名

上記より遺族補償一時金の支給を請求します。  
遺族特別支給金の支給を申請します。

Petsa ng aplikasyon  
年 月 日

Claimant  
請求人  
申請人の  
(代表者)

住所  
氏名 Pangalan

Zip Code  
郵便番号

Telepono  
電話番号

局番

労働基準監督署長 殿

氏名 Pirma

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) Post Office o financial institution, kung saan nagsasagawa ng pension		預金の種類及び口座番号	
Pangalan	銀行・金庫 農協・漁協・信組	Branch o sangay 本店 支店 支所	普通・当座 第Numero ng account 号 名義人 May-ari ng account

(物品番号 62110) 19

Sa kaso ng paggamit ng sariling pirma, hindi na kailangan ang stampa.

Bahaging dapat sulatan mismo ng claimant o nagsasagawa ng payment request.

Bahaging dapat sulatan ng kompanya.



# Halimbawa ng pagsulat sa Funeral Fee Payment Request Form (Form No. 16)

様式第16号 (表面) Sa kaso ng pagkapinsala patungo sa trabaho, gamitin ang 10 ng Form No. 16 Pakibilugan ang "男" para sa lalaki at "女" para sa babae.

**業務災害用**

労働者災害補償保険  
**葬祭料請求書**

<p>① 労働保険番号 府県 所管管轄 基幹番号 枝番号 <b>Workers' Compensation Insurance Number</b></p> <p>② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号</p>	<p>③ フリガナ 氏名 住所 死亡者の労働者との関係</p>	<p>Pangalan (Katakana)</p> <p>Tirahan</p> <p>Kaugnayan sa manggagawa</p>
<p>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</p>	<p>Pangalan (Katakana) (男・女)</p> <p>Petsa ng kapanganakan 年 月 日 (Edad 歳)</p> <p>Kategorya ng trabaho</p> <p>Tirahan</p>	<p>⑤ 負傷又は発病年月日 Petsa ng pagkapiwala o pagkaksakit 午前 時 分 頃</p> <p>⑦ 死亡年月日</p>
<p>⑥ 災害の原因及び発生状況</p> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">Sanhi ng aksidente at lagay o detalye ng mga pangyayari</p>		<p>Petsa ng pagkamatay 年 月 日</p> <p>⑧ 平均賃金 Sahod o average wage 円 銭</p>
<p>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。</p>		
<p><b>Hanay para sa pagpapatunay o certification ng kompanya</b></p> <p>事業の名称 _____ 電話番号 _____ 局番 _____</p> <p>_____ 郵便番号 _____</p> <p>事業場の所在地 _____</p> <p>事業主の氏名 _____ ⑨</p> <p>(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>⑨ 添付する書類その他の資料名 _____ Pangalan ng kalakip na dokumento</p>		
<p>上記により葬祭料の支給を請求します。</p>		
<p>Petsa ng aplikasyon 年 月 日</p>	<p>郵便番号 Zip Code _____</p> <p>電話番号 Telepono _____ 局番 _____</p>	<p>請求人の住所 Tirahan _____</p>
<p>労働基準監督署長 殿 _____ 氏名 Pangalan _____ Pirma ⑩</p>		
<p>Financial institution o bangko, kung saan nais tanggapin ang pension 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)</p> <p>Pangalan _____</p> <p>銀行・金庫 _____</p> <p>農協・漁協・信組 _____</p>		<p>預金の種類及び口座番号 普通・当座 第 _____ Numero ng account</p> <p>名義人 May-ari ng account _____</p>

Linawing mabuti kung saang lugar naganap ang aksidente, ang nilalaman ng trabaho sa panahong ito at sitwasyon noong mangyari ito.

Bahaging dapat sulatan mismo ng claimant o nagsasagawa ng payment request.

Bahaging dapat sulatan ng kompanya.

Sa kaso ng paggamit ng sariling pirma, hindi na kailangan ang stampa.

# Halimbawa ng pagsulat sa Nursing Care (Compensation) Benefit Payment Request Form (2 ng 2, ng Form No. 16)

■ 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

Pakibilugan ang "Nursing Care Compensation Benefit" sa kaso ng pagkapinsala sa trabaho at "Nursing Care Benefit" sa kaso ng pagkapinsala habang patungo sa trabaho.

① 管轄局番 ② 受付年月日 ③ 特別コード

※ 35290

(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

Numero ng Pension Certificate

障害(補償)年金 級

障害(補償)年金 級

Pakisulat ang numero ng Pension Certificate kung nakatanggap ng Pension Certificate

Pakilagyan ng check ang uri ng pension na tinatanggap pati ang antas o grado nito

(ニ) ⑥ 氏名(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左ヅメで記入してください。

Pangalan (Katakana)

Petsa ng kapanganakan 生年月日 年

Pakisulat mula sa Era, Taon, Buwan. (7 para sa Heisei 9 para sa Reiwa)

Pakisulat ang bilang ng araw na kung saan may ginastos para sa nursing care

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

Taon/Buwan na sakop ng payment request Araw

Hadaga ng gastos para sa nursing care

Ang hanay sa kanan at mula ⑳ hanggang sa ㉓, ay susulatan lamang sa kaso ng pagbigay ng bagong account o kapag binago ang account

⑩ (ホ) 請求対象年月 ⑪ (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 ⑫ (ト) 介護に要する費用と介護に要した費用の額

振込を希望する金融機関の名称 口座名義人

Financial institution (kung saan nais tanggapin ang benepisyo) Branch o sangay May-ari ng account

⑬ (ホ) 請求対象年月 ⑭ (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 ⑮ (ト) 介護に要する費用と介護に要した費用の額

⑳ 金融機関コード

㉑ 郵便局コード

Pakibilugan ang "I" kung tumanggap ng nursing care sa "Tahanan" at "ロ" sa kaso ng pagtanggap ng nursing care sa "Pasilidad at iba pa"

㉒ (項) 金の種別 ㉓ 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)

Uing deposito 当座 account

Nameo ng account

May-aring account (Katakana)

May-aring account (kaugtong)

Pakisulat ang pangalan, petsa ng kapanganakan, kaugnayan, nursing care period (unang araw at huling araw ng nursing care) at ang bilang ng araw ng nursing care. pa ang pangalan, petsa ng kapanganakan, kaugnayan, para sa "ハ" at "ニ"

Pakibilugan ang "イ" kung ang nagbigay ng nursing care ay ang pamilya/kamag-anak, "ロ" para sa kaibigan/kakilala, "ハ" para sa nurse/katulong sa bahay at "ニ" para sa kawani ng pasilidad.

介護場所等 (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。)

Tahanan pasilidad at iba pa

所在地 Address o tirahan 名称 Pangalan

氏名 生年月日 続柄 介護期間・日数

Pangalan Petsa ng kapanganakan Kaugnayan Pangalan ng pagbigay ng nursing care at bilang ng araw

Category

イ 親族 口 友人・知人

ハ 親族 口 友人・知人

ハ 看護師・家政 口 看護師・家政

ニ 施設職員 口 施設職員

(ル) 添付する書類

イ 診断書 口 介護に要した費用の額

Kalakip na dokumento

上記により 介護補償給付の支給を請求します。

年 月 日

住所 Address o tirahan

電話 (Telepono)

請求人の (方)

労働基準監督署長 殿 氏名 Pangalan 印

Pagpapatunay sa pagkakaroon o pagbibigay ng nursing care

[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 Address o tirahan 氏名 Pangalan 印 電話番号 Telepono

Pasulatan sa nagbigay ng nursing care ang address o tirahan, pangalan at numero ng telepono

Sa kaso ng paggamit ng sariling pirma, hindi na kailangan ang stampa



## Uri ng Payment Request Form ng bawat benepisyo at pook na kung saan ito dapat isumite

Uri ng benepisyo	Pinsala sa loob ng trabaho / Pinsala sa pagpasok sa trabaho	Pangalan ng Payment Request Form	Numero ng porma	Pook o lugar kung saan dapat isumite
Medical Treatment (Compensation) Benefit	Pinsala sa loob ng trabaho	Medical Treatment Compensation Benefit Payment Request Form	No. 5	Isumite sa Hepe ng tanggapan ng Labor Standards Inspection Office, sa pamamagitan ng mga pagamutan, pamilya at iba pa
	Pinsala sa pagpasok sa trabaho	Medical Treatment Benefit Payment Request Form	3 ng No. 16	
	Pinsala sa loob ng trabaho	Medical Treatment Compensation Benefit Payment Request Form for Medical Expense	No. 7	
	Pinsala sa pagpasok sa trabaho	Medical Treatment Benefit Payment Request Form for Medical Expense	5 ng No. 16	
Leave (Compensation) Benefit	Pinsala sa loob ng trabaho	Leave Compensation Benefit Payment Request Form	No. 8	Sa tanggapan ng Labor Standards Inspection Office ng sariling lokalidad
	Pinsala sa pagpasok sa trabaho	Leave Benefit Payment Request Form	6 ng No. 16	
Disability (Compensation) Benefit	Pinsala sa loob ng trabaho	Disability Compensation Benefit Payment Request Form	No. 10	
	Pinsala sa pagpasok sa trabaho	Disability Benefit Payment Request Form	7 ng No. 16	
Bereaved Family (Compensation) Benefit	Pinsala sa loob ng trabaho	Bereaved Family Compensation Pension Payment Request Form	No. 12	
	Pinsala sa pagpasok sa trabaho	Bereaved Family Pension Payment Request Form	8 ng No. 16	
	Pinsala sa loob ng trabaho	Bereaved Family Compensation Lump-sum Payment Request Form	No. 15	
	Pinsala sa pagpasok sa trabaho	Bereaved Family Lump-sum Payment Request Form	9 ng No. 16	
Funeral Fees / Funeral Benefit	Pinsala sa loob ng trabaho	Funeral Fees Payment Request Form	No. 16	
	Pinsala sa pagpasok sa trabaho	Funeral Benefit Payment Request Form	10 ng No. 16	
Nursing Care (Compensation) Benefit		Nursing Care Compensation Benefit / Nursing Care Benefit Payment Request Form	2 ng 2 ng No. 16	







