

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

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

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

〔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 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 Numero para sa Workers' Compensation Insurance		③ フリガナ 氏名 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 歳) Kategorya ng trabaho	④ 負傷又は発病年月日 Petsa ng pagkapinsala o pagkaksakit 午後 時 分 頃 ⑤ 死亡年月日 Petsa ng paggaling ng pinsala o sakit 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
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号 枝番号		⑥ 災害の原因及び発生状況 Sanhi ng aksidente at lagay o detalye ng mga pangyayari		⑨ 請求人 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
⑩ 添付する書類その他の資料名		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)		

上記により 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)	Zip Code 郵便番号	Telepono 電話番号	局番
労働基準監督署長 殿		住所 氏名 Pangalan	Prima	
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 or financial institution, kung saan nais tanggapin ang pensyon		預金の種類及び口座番号 銀行・金庫 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)

業務災害用

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.

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 Workers' Compensation Insurance Number		③ フリガナ氏名 フリガナ氏名 Pangalan (Katakana)	
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号		請求人住所 住所 Tirahan	
		死亡者の関係 死亡者の関係 Kaugnayan sa manggagawa	
④ フリガナ氏名 フリガナ氏名 Pangalan (Katakana) (男・女)		⑤ 負傷又は発病年月日 負傷又は発病年月日 Petsa ng pagkapi-sala o pagkaksakit	
死亡年月日 死亡年月日 Petsa ng kapanganakan 年 月 日 (Edad 歳)		午前 時 分 午後 時 分	
労働者の所属事業場名称・所在地 労働者の所属事業場名称・所在地 Tirahan		⑦ 死亡年月日 死亡年月日	
⑥ 災害の原因及び発生状況 災害の原因及び発生状況		⑧ 平均賃金 平均賃金 Sahod o average wage	
Sanhi ng aksidente at lagay o detalye ng mga pangyayari		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。			
事業の名称 事業の名称		電話番号 電話番号	
年 月 日		郵便番号 郵便番号	
事業場の所在地 事業場の所在地			
事業主の氏名 事業主の氏名		印 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 添付する書類その他の資料名		Pangalan ng kalakip na dokumento	
上記により葬祭料の支給を請求します。			
Petsa ng aplikasyon 年 月 日		郵便番号 Zip Code 電話番号 Telepono 局番	
労働基準監督署長 殿		請求人の住所 Tirahan	
氏名 Pangalan		印	
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)		預金の種類及び口座番号	
Pangalan 銀行・金庫 農協・漁協・信組		普通・当座 第 Numero ng account	
Branch o sangay 本店 支店 支所		名義人 May-ari ng account	

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

Hanay para sa pagpapatunay o certification ng kompanya

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.

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, parmasya 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	Sa tanggapan ng Labor Standards Inspection Office ng sariling lokalidad
	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	
	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	

