

ใบร้องขอให้จ่ายเงินงวดชดเชยต่อครอบครัวผู้สูญเสีย (แบบฟอร์มหมายเลข 15) ตัวอย่างการกรอก

様式第15号 (表面)

ใช้แบบฟอร์มหมายเลข 16-9 ในกรณี อุบัติภัยในการเดินทางไปทำงาน

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

ขีดวงกลมบน "男" สำหรับผู้ชาย "女" สำหรับผู้หญิง

【注意】

③の死亡一括適用の

กรณีที่ไม่แน่ใจกรุณาขอให้ทำงานกรอกให้

事業場名称
所在する支店、工

กรุณาระบุให้ชัดเจนเกี่ยวกับสถานที่ที่เกิดอุบัติเหตุ รายละเอียดและลักษณะของงานในตอนที่เกิดเหตุ

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。

กรุณากรอก ชื่อ-นามสกุล วันเดือนปีเกิด ที่อยู่ ของผู้ยื่นคำร้อง ความสัมพันธ์กับผู้ที่มีความเสียหาย และระบุว่ามีความพิการหรือไม่ในช่องนี้

① 労働保険番号 所掌管轄 基幹番号 枝番号 หมายเลขการประกันเงินชดเชยของพนักงาน	③ フリガナ 氏名 死亡労働者のフリガナ ชื่อ-นามสกุล (คะตะคะนะ) ชื่อ-นามสกุล (男・女) วันเดือนปีเกิด 月 日 (อายุ) ชนิดของงาน 所属事業場所在地	④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 午前 午後 時 分 วันที่ได้รับบาดเจ็บ
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号 枝番号	⑤ 死亡年月日 年 月 日 วันที่เสียชีวิต	⑦ 平均賃金 円 銭 ค่าจ้างโดยเฉลี่ย
⑥ 災害の原因及び発生状況 สาเหตุของอุบัติเหตุและรายละเอียดของสถานการณ์		⑧ 特別給与の総額(年額) 円 จำนวนรายได้พิเศษต่อปี

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。

ช่องสำหรับกรอกรับรองโดยหัวหน้าในที่

電話番号 局番

事業の名称 事務所

年 月 日 日 郵便番号

事業場の所在地

事業主の氏名 ⑨
(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)

氏名	フリガナ	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
氏名	フリガナ	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
氏名	フリガナ	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
氏名	フリガナ	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
氏名	フリガナ	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
氏名	フリガナ	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
氏名	フリガナ	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

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。

年 月 日 日 郵便番号 電話番号 局番

請求人 住所 氏名 ⑨

労働基準監督署長 殿

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	
銀行・金庫	支店	普通・当座	第 号
農協・漁協・信組	支所	名義人	氏名

(物品番号 62110) 19

ส่วนที่ผู้ยื่นเรื่องกรอกด้วยตนเอง

ส่วนที่กรอกโดยบริษัท

กรณีที่เซ็นชื่อด้วยลายมือของตัวเอง ไม่จำเป็นต้องประทับตราประจำตัว

ใบร้องขอค่าใช้จ่ายในงานศพ (แบบฟอร์มหมายเลข 16) ตัวอย่างการกรอก

様式第16号 (表面)

業務災害用

ใช้แบบฟอร์มหมายเลข 16-10 ในกรณี
อุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน

災害補償保険

葬祭料請求書

ชื่อวงกลมบน "男" สำหรับ
ผู้ชาย "女" สำหรับผู้หญิง

① 労働保険番号 府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 หมายเลขการประกันในรัฐเขตของพนักงาน		フリガナ 氏名 請求人 死亡者の 労働者との 関係 ชื่อ-นามสกุล (กะตะคะนะ) ที่อยู่ ความสัมพันธ์	
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号		フリガナ 氏名 死亡生年月日 労働者 の所属事業場 名称・所在地 ชื่อ-นามสกุล (กะตะคะนะ) วันเดือนปีเกิด 年 月 日 (อายุ 歳) ชนิดของงาน ที่อยู่	
④ 氏名 死亡生年月日 労働者 の所属事業場 名称・所在地		⑤ 負傷又は発病年月日 年 月 日 วันที่ได้รับบาดเจ็บ 午前 午後 時 分 頃	
⑥ 災害の原因及び発生状況 สาเหตุของอุบัติเหตุและรายละเอียดของสถานการณ์		⑦ 死亡年月日 วันที่เสียชีวิต 年 月 日	
		⑧ 平均賃金 ค่าจ้างโดยเฉลี่ย 円 銭	
⑨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>ช่องสำหรับกรอกรับรองโดยหัวหน้าใน ที่ทำงาน</p>			
事業の名称		電話番号	局番
年 月 日		郵便番号	
事業場の所在地			
事業主の氏名		⑩	
(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)			
⑩ 添付する書類その他の資料名		ชื่อเอกสารแนบอื่น ๆ	
上記により葬祭料の支給を請求します。			
年 月 日	郵便番号	電話番号	局番
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
請求人の住所	フリガナ	フリガナ	フリガナ
労働基準監督署長 殿	氏名	フリガナ	フリガナ
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	
銀行・金庫	本店	普通・当座	หมายเลขบัญชี
農協・漁協・信組	支店	名義人	ชื่อเจ้าของบัญชี
ชื่อสาขา	支所		
(他凡番号 52111)			

กรุณาระบุให้ชัดเจนเกี่ยวกับสถานที่ที่เกิด
อุบัติเหตุ รายละเอียดและสภาพของงานใน
ตอนที่เกิดเหตุ

ส่วนที่ผู้ยื่นเรื่องกรอกด้วย
ตนเอง

ส่วนที่กรอกโดยบริษัท

กรณีที่ใช้ชื่อด้วยลายมือของตัวเอง ไม่
จำเป็นต้องประทับตราประจำตัว

ชนิดแบบฟอร์มในการยื่นเรื่องต่าง ๆ และ ผู้รับผิดชอบในการรับเอกสาร

ชนิดการจ่าย	จุดบดกัถยในการทํางาน หรือการเดินทางไปทํางาน	ชื่อใบคำร้อง	หมายเลข แบบฟอร์ม	ผู้รับใบคำร้อง
การจ่าย (ชดเชย) การรักษา	จุดบดกัถยในการทํางาน	ใบร้องขอการจ่ายค่ารักษา สำหรับการจ่ายค่าชดเชยการรักษา	5	ผ่านโรงพยาบาลหรือร้านขายยา ไปยังหัวหน้าผู้ดูแลของ กรมมาตรฐานแรงงานที่รับบดชดชอบ
	จุดบดกัถยในการเดินทางไปทํางาน	ใบร้องขอการจ่ายค่ารักษา สำหรับการจ่ายค่ารักษา	16-3	
	จุดบดกัถยในการทํางาน	ใบร้องขอการจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษา สำหรับการจ่ายค่าชดเชยการรักษา	7	
	จุดบดกัถยในการเดินทางไปทํางาน	ใบร้องขอการจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษา สำหรับการจ่ายค่ารักษา	16-5	
การจ่าย (ชดเชย) การหยุดงาน	จุดบดกัถยในการทํางาน	ใบร้องขอการจ่าย ค่าชดเชยการหยุดงาน	8	ผู้ดูแลของ กรมมาตรฐานแรงงานที่รับบดชดชอบ
	จุดบดกัถยในการเดินทางไปทํางาน	ใบร้องขอการจ่าย ค่าการหยุดงาน	16-6	
การจ่าย (ชดเชย) ความพิการ	จุดบดกัถยในการทํางาน	ใบร้องขอการจ่าย ค่าชดเชยความพิการ	10	
	จุดบดกัถยในการเดินทางไปทํางาน	ใบร้องขอการจ่าย ค่าความพิการ	16-7	
การจ่าย (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย	จุดบดกัถยในการทํางาน	ใบร้องขอการจ่ายเงินประจำปี ชดเชยครอบครัวผู้สูญเสีย	12	
	จุดบดกัถยในการเดินทางไปทํางาน	ใบร้องขอการจ่ายเงินประจำปี ครอบครัวผู้สูญเสีย	16-8	
	จุดบดกัถยในการทํางาน	ใบร้องขอการจ่ายเงินงวด ชดเชยครอบครัวผู้สูญเสีย	15	
	จุดบดกัถยในการเดินทางไปทํางาน	ใบร้องขอการจ่ายเงินงวด ครอบครัวผู้สูญเสีย	16-9	
ค่างานศพ (การจ่ายค่างานศพ)	จุดบดกัถยในการทํางาน	ใบร้องขอค่างานศพ	16	
	จุดบดกัถยในการเดินทางไปทํางาน	ใบร้องขอการจ่ายค่างานศพ	16-10	
การจ่าย (ชดเชย) การดูแล		ใบร้องขอการจ่ายชดเชยการดูแล การจ่ายค่าการดูแล	16-2-2	