

## รายละเอียดการจ่าย

จำนวนเงินที่จ่ายของการจ่าย (ขาดเสีย) การดูแลเป็นไปตามต่อไปนี้ (ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน ปี 2013)

### (1) กรณีการดูแลประจำ

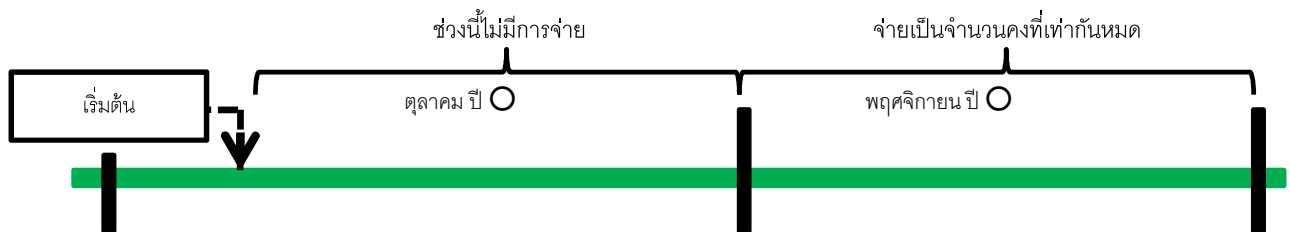
- ① กรณีที่ไม่ได้รับการดูแลจากญาติ เพื่อนหรือคนรู้จัก จะจ่ายค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปในการดูแลให้ (โดยจำกัดขอบเขตบนอยู่ที่ 104,290 เยน)
- ② กรณีที่ได้รับการดูแลจากญาติ เพื่อนหรือคนรู้จัก พร้อมกันนั้น
  - ก. ไม่ได้มีการจ่ายค่าใช้จ่ายในการดูแล จะจ่ายเป็นจำนวนคงที่เท่ากับ จำนวน 56,600 เยน
  - ข. ได้มีการจ่ายค่าใช้จ่ายในการดูแลด้วย โดยจำนวนเงินนั้นน้อยกว่า 56,600 เยน จะจ่ายเป็นจำนวนคงที่เท่ากับจำนวน 56,600 เยน
  - ค. ได้มีการจ่ายค่าใช้จ่ายในการดูแลด้วย โดยจำนวนเงินนั้นมากกว่า 56,600 เยน จะจ่ายจำนวนเงินนั้นให้ (โดยจำกัดขอบเขตบนอยู่ที่ 104,290 เยน)

### (2) กรณีการดูแลเป็นระยะ

- ① กรณีที่ไม่ได้รับการดูแลจากญาติ เพื่อนหรือคนรู้จัก จะจ่ายค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปในการดูแลให้ (โดยจำกัดขอบเขตบนอยู่ที่ 52,150 เยน)
- ② กรณีที่ได้รับการดูแลจากญาติ เพื่อนหรือคนรู้จัก พร้อมกันนั้น
  - ก. ไม่ได้มีการจ่ายค่าใช้จ่ายในการดูแล จะจ่ายเป็นจำนวนคงที่เท่ากับ จำนวน 28,300 เยน
  - ข. ได้มีการจ่ายค่าใช้จ่ายในการดูแลด้วย โดยจำนวนเงินนั้นน้อยกว่า 28,300 เยน จะจ่ายเป็นจำนวนคงที่เท่ากับจำนวน 28,300 เยน
  - ค. ได้มีการจ่ายค่าใช้จ่ายในการดูแลด้วย โดยจำนวนเงินนั้นมากกว่า 28,300 เยน จะจ่ายจำนวนเงินนั้นให้ (โดยจำกัดขอบเขตบนอยู่ที่ 52,150 เยน)

- กรณีที่ ระหว่างกลางเดือน ได้เริ่มรับการดูแล

- ① หากได้มีการจ่ายค่าดูแลเพื่อรับการดูแล จะจ่ายค่าใช้จ่ายในการดูแลภายในขอบเขตบนที่กำหนด
- ② หากไม่ได้จ่ายค่าดูแลเพื่อรับการดูแล แต่รับการดูแลโดยญาติ ฯลฯ ในเดือนนั้นจะไม่มี การจ่าย (ตัวอย่าง) กรณีที่เริ่มรับการดูแล โดยญาติ ฯลฯ ตั้งแต่ระหว่างเดือนตุลาคม



\* กรณีเช่นนี้ ในช่อง “เดือนและปีที่เข้าข่ายในการยื่นเรื่อง” ของใบคำร้อง ให้กรอกเดือนที่เริ่มการดูแล (ในกรณีนี้ คือ เดือนตุลาคม)

## ขั้นตอนการยื่นเรื่อง

การยื่นเรื่องการจ่าย (ชดเชย) การดูแล ขอให้ยื่นใบร้องขอการจ่ายชดเชยการดูแล การจ่ายค่าการดูแล (แบบฟอร์มหมายเลข 16-2-2) ไปยังหัวหน้าผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ

### ● เอกสารแนบที่จำเป็นในการยื่นเรื่อง

| กรณีเช่นนี้            | สถานะความพิการโดยละเอียดของผู้ที่เข้าข่าย                   |
|------------------------|---|
| เอกสารแนบที่จำเป็นเสมอ | ใบวินิจฉัยโรคจากแพทย์ หรือ ทันตแพทย์                        |
| กรณีที่จ่ายค่าดูแลอยู่ | เอกสารที่รับรองจำนวนวันที่รับการดูแล และจำนวนเงินค่าใช้จ่าย |

\* อาจจะมีการให้ยื่นเอกสารอื่น ๆ ด้วย

ผู้รับเงินประจำปี (ชดเชย) การบาดเจ็บ และผู้ที่มีความพิการระดับ 1-3, 1-4 หรือ 2-2-2, 2-3 นั้น ไม่จำเป็นต้องใช้ใบวินิจฉัยเป็นเอกสารแนบ และในการยื่นเรื่อง การจ่าย (ชดเชย) การดูแลครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ก็ไม่จำเป็นต้องใช้ใบวินิจฉัย การยื่นเรื่อง การจ่าย (ชดเชย) การดูแลนั้น จะทำในหน่วยต่อ 1 เดือน แต่ถ้าจะทำการยื่นเรื่องรวมทีเดียว 3 เดือนก็ได้

### ระยะเวลาที่มีผล

การจ่าย (ชดเชย) การดูแลนั้น ถ้าเวลาผ่านไป 2 ปีนับตั้งแต่วันที่ 1 ของเดือนถัดจากเดือนที่รับการดูแลไปแล้ว ก็จะไม่สิทธิในการยื่นเรื่องอีกต่อไป ดังนั้นจึงขอให้ระมัดระวัง

## ตัวอย่างการกรอกใบคำร้องชนิดต่าง ๆ

1. ใบร้องขอค่าชดเชยการรักษา (แบบฟอร์มหมายเลข 5)
2. ใบร้องขอให้จ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษา (แบบฟอร์มหมายเลข 7)
3. ใบร้องขอให้จ่ายค่าชดเชยการหยุดการ (แบบฟอร์มหมายเลข 8)
4. ใบร้องขอให้จ่ายค่าชดเชยความพิการ (แบบฟอร์มหมายเลข 10)
5. ใบร้องขอให้จ่ายเงินงวดชดเชยต่อครอบครัวผู้สูญเสีย (แบบฟอร์มหมายเลข 15)
6. ใบร้องขอให้จ่ายเงินประจำปีชดเชยต่อครอบครัวผู้สูญเสีย (แบบฟอร์มหมายเลข 12)
7. ใบร้องขอค่าใช้จ่ายในงานศพ (แบบฟอร์มหมายเลข 16)
8. ใบร้องขอให้จ่ายค่าชดเชยในการดูแล (แบบฟอร์มหมายเลข 16-2-2)

ใบร้องขอค่าชดเชยการรักษา (แบบฟอร์มหมายเลข 5) ตัวอย่างการกรอก

กรณีอุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน กรุณาใช้แบบฟอร์มหมายเลข 16-3

様式第 5 号(表面) 労働者災害補償保険  
業務災害用 療養補償給付たる療養の給付請求書

裏面に記載してある注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

標準字体

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 5 | ア | カ | サ | タ | ナ | ハ | マ | ヤ | ラ | ワ |
| 1 | 6 | イ | キ | シ | チ | ニ | ヒ | ミ | リ | ン |   |
| 2 | 7 | ウ | ク | ス | ツ | ヌ | フ | ム | ユ | ル | * |
| 3 | 8 | エ | ケ | セ | テ | ネ | ヘ | メ | レ |   | 〃 |
| 4 | 9 | オ | コ | ト | ノ | ホ | ロ | コ | ロ |   | 〃 |

① 業務災害 ② 業務通則 ③ 保険 ④ 労務区分

性別 労働者の生年月日 労働者又は業務年月日 再発年月日

氏名 姓 名 姓 名 (年齢) 労働者又は発病の時 時 分 秒

住所 市区町村 番 号 番 号

職業 氏名

職種 氏名

勤務先 氏名

労働基盤監督署長 院 氏名

請求人の 氏名

労働基盤監督署長 院 氏名

請求人の 氏名

กรณีที่ไม่แน่ใจกรุณาขอให้ทำงานกรอกให้

กรอก ชื่อบริษัทของญี่ปุ่น ปี เดือนตามลำดับ  
ปีโรค: ปีโรค กรอก 5, ปีเอะกรอก 7

กรุณากรอกชื่อ-นามสกุล และตำแหน่งของผู้ที่ได้ทำการตรวจสอบความเป็นจริงของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นแล้ว

- กรุณากรอกให้ชัดเจนว่า
- ① เกิดขึ้นที่ไหน
  - ② เกิดขึ้นในสภาวะเช่นไร
  - ③ ในตอนที่ทำงานอย่างไรอยู่
  - ④ ละไหมเป็นสาเหตุ
  - ⑤ เกิดอุบัติเหตุเช่นไรขึ้น

\* ช่องสำหรับกรอกรับรองโดยหัวหน้าในที่ทำงาน

กรณีที่เซ็นชื่อด้วยลายมือของตัวเอง ไม่จำเป็นต้องประทับตราประจำตัว

ส่วนที่ผู้ยื่นเรื่องกรอกด้วยตนเอง

ส่วนที่กรอกโดยบริษัท

\* กรณีที่ไม่สามารถได้รับข้อมูลรับรองจากทางบริษัท ขอให้ปรึกษากับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ในแผนกที่ทำการยื่นเรื่อง