

丧葬费（丧葬赔付）

丧葬费（丧葬赔付）的享受对象并不仅限于遗属，也适用于办理丧葬的相关遗属。

此外，如因不存在办理丧葬的遗属而由已故劳动者所在公司办理丧葬，则向相关公司支付丧葬费（丧葬赔付）。

申请内容

丧葬费（丧葬赔付）的金额为31万5000日元另加30天的赔付基础日额。

如果该金额不满60天的赔付基础日额，则按60天的赔付基础日额计算。

申请手续

请向所辖的劳动基准署署长提交丧葬费申请书（格式第16号）或者丧葬赔付申请书（格式第16号之10）。

● 申请时所需的必要附加文件

死亡诊断报告、尸体检验书、尸检调查书及其记载事项证明书等能证明劳动者死亡的事实及死亡日期的文件。

但是，如果在提交遗属（补偿）赔付的申请书时已附有相关文件，则不需要提交。

时效

请注意，丧葬费（丧葬赔付）申请在被受灾的劳动者死亡的次日起经过2年，则会因超过时效而丧失申请权。

护理（补偿）赔付

符合残障（补偿）年金或者伤病（补偿）年金第 1 级的全部规定者与患有第 2 级的精神神经和胸腹部脏器障碍者如正在接受护理，则可享受护理补偿赔付（属业务灾害时）或者护理赔付（属通勤灾害时）。

支付条件

1 符合一定残障程度者

护理（补偿）赔付根据残障的程度，分为需要时常护理的状态和需要随时护理的状态。满足时常护理或随时护理规定的残障状态如下所示。

| | 符合条件者的具体残障状态 |
|------|--|
| 常时护理 | <ul style="list-style-type: none">① 符合精神神经和胸腹部脏器产生障碍、需进行常时护理条件的（残障等级第 1 级 3、4 号；伤病等级第 1 级 1、2 号）② · 双目失明的同时具有残障或伤病等级第 1 级、第 2 级的残障的<ul style="list-style-type: none">· 处于两上肢或两下肢失去或丧失功能状态的· 与①符合需相同程度护理条件者 |
| 随时护理 | <ul style="list-style-type: none">①符合精神神经和胸腹部脏器产生障碍、需进行随时护理条件的（残障等级第 2 级 2-2 号、2-3 号；伤病等级第 2 级 1、2 号）②符合残障等级第 1 级或伤病等级第 1 级、但不需要时常护理者 |

2 目前正在接受护理者

必须是目前正在接受私营的收费护理服务等及由亲属或朋友、熟人提供护理者

3 未入住医院或诊疗所

4 未入住老年人保健设施、残障者支援设施（仅限于接受生活护理）、特别养护老年人之家及原子弹爆炸受害者特别养护所

若入住于上述设施，由于考虑到这些设施提供了充分的服务，因此不作为支付对象。

支付条件

护理（补偿）赔付的支付金额如下（平成25年4月1日改订）。

（1）时常护理的场合

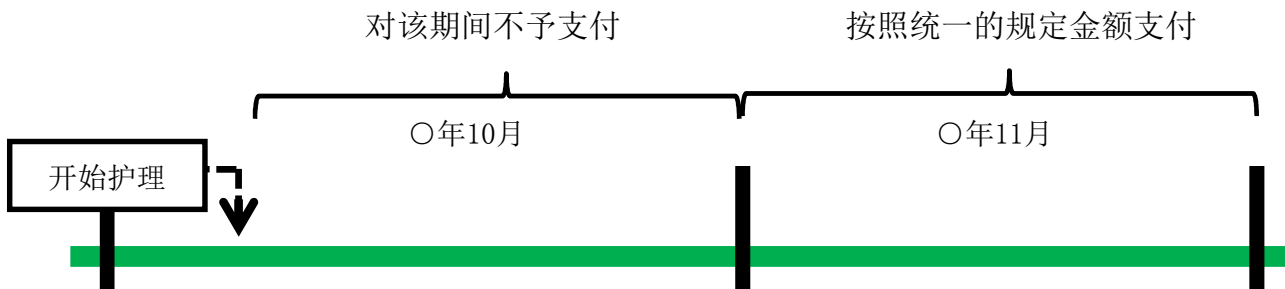
- ① 如果未接受亲属或朋友、熟人的护理，则按实际支出的金额支付护理的费用（上限为10万4290日元）
- ② 在接受亲属或朋友、熟人的护理的同时
 - a. 如果未支出护理费用，则可领取统一的规定金额5万6600日元
 - b. 如果支出的护理费用不满5万6600日元，则可领取统一的规定金额5万6600日元
 - c. 如果支出的护理费超过5万6600日元，则可领取实际支出的金额（上限为10万4290日元）

（2）随时护理的场合

- ① 如果未接受亲属或朋友、熟人的护理，则按实际支出的金额支付护理费用（上限为5万2150日元）
- ② 在接受亲属或朋友、熟人的护理的同时
 - a. 如果未支出护理费用，则可领取统一的规定金额2万8300日元
 - b. 如果支出的护理费用不满2万8300日元，则可领取统一的规定金额2万8300日元
 - c. 如果支出的护理费超过2万8300日元，则可领取实际支出的金额（上限为5万2150日元）

● 在从月度中途接受护理的时候

- ① 先支付护理费接受护理时，在上限额度范围内可领取护理费用。
- ② 未支付护理费而接受亲戚护理时，该月度的护理费不可领取。
（例） 10月中途开始接受亲属等提供的护理之情况时



※即便在上述情况下，也请在申请书的「申请对象年月」一栏里填写护理开始的月份（在本例中，则为平成○年10月）。

申请手续

在申请护理（补偿）赔付时，请向所辖的劳动基准监督署署长提交护理补偿赔付和护理赔付 支付申请书（格式第16号之2-2）。

●必须附加的文件

| 如下情况时 | 符合条件者的具体残障状态 |
|-----------|--------------------|
| 必须附加的文件 | 医生或牙科医生的诊断报告 |
| 支付护理费用的场合 | 能证明付费接受护理的天数及费用的文件 |

※如有需要，还需提交其它必要文件。

伤病（补偿）年金的享受者及符合残障等级第1及3号、4号或第2级2号的2-2号第3项者无需附加诊断报告。

此外，连续二次以上进行护理（补偿）赔付的申请时，不需要诊断报告。

虽然护理（补偿）赔付的申请是按一个月为单位进行的，但也可3个月一起申请。

时效

请注意，护理（补偿）赔付申请是接受护理月度的次月1日开始经过2年，则会因超过时效而丧失申请权。

各种申请书的填写范例

1. 疗养赔付申请书（格式第5号）
2. 疗养费用赔付申请书（格式第7号）
3. 停工补偿赔付支付申请书（格式第8号）
4. 残障补偿赔付支付申请书（格式第10号）
5. 遗属补偿临时金支付申请书（格式第15号）
6. 遗属补偿年金支付申请书（格式第12号）
7. 丧葬费申请书（格式第16号）
8. 护理补偿赔付支付申请书（格式第16号之2-2）

疗养赔付申请书（格式第5号）（填写范例）

属通勤灾害时，使用格式第16号的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で上、記入してください。

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | ル | ロ | |
| 3 | 8 | エ | ケ | セ | テ | ネ | ヘ | メ | レ | リ | |
| 9 | オ | コ | ソ | ト | ノ | ホ | モ | ヨ | ロ | | |

如有不明，请由工作单位填写。

请按年号，年月的顺序记载。
年号：昭和是5
平成是7

※印の欄は記入（職員が）

如为男性则填写“1”，如为女性，则填写“3”。

请填写对灾害发生的事实进行确认者的姓名。

姓和名之间空一格，并用片假名填写。

请注明：
①发生在何处
②发生在何状况下
③在进行何种作业时发生
④因何原因发生
⑤发生了何种灾害

| | | | | |
|-------------------------|----------|-----------|--------------|--------------|
| ①管轄局署 | ②業通別 | ③保留 | ④処理区分 | ⑦支給・不支給決定年月日 |
| 80 | | 1業通 | 1全1セ 3金給付 | |
| ⑤労働保険番号 | ⑥性別 | ⑧労働者の生年月日 | ⑨負傷又は発病年月日 | ⑩再発年月日 |
| | 1男 3女 | 生日 | 受傷或发病日期 | |
| ⑪労働者氏名 | ⑫事業主氏名 | ⑬住所 | ⑭郵便番号 | ⑮職名 |
| | | | | |
| ⑯災害発生の事実を確証した者の職名、氏名 | | | | |
| ⑰負傷又は発病の時刻 | | | | |
| 受傷或发病时间 | | | | |
| ⑱災害発生の事実を確証した者の職名、氏名 | | | | |
| ⑲傷部の部位及び状態 | | | | |
| ⑳指定病院等の名称、所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㉑傷部の部位及び状態 | | | | |
| ㉒事業主の氏名、所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㉓事業場の所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㉔事業主の氏名、所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㉕事業場の所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㉖事業主の氏名、所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㉗事業場の所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㉘事業主の氏名、所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㉙事業場の所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㉚事業主の氏名、所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㉛事業場の所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㉜事業主の氏名、所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㉝事業場の所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㉞事業主の氏名、所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㉟事業場の所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㊱事業主の氏名、所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㊲事業場の所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㊳事業主の氏名、所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㊴事業場の所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㊵事業主の氏名、所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㊶事業場の所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㊷事業主の氏名、所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㊸事業場の所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㊹事業主の氏名、所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㊺事業場の所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㊻事業主の氏名、所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㊼事業場の所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㊽事業主の氏名、所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㊾事業場の所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |
| ㊿事業主の氏名、所在地、電話番号、郵便番号 | | | | |

※经营者证明栏

| | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 支 | 不 | 給 | 給 | 決 | 定 | 決 | 議 | 書 |
| 署 | 長 | 次 | 長 | 課 | 長 | 係 | 長 | 係 |
| | | | | | | | | |
| 調査年月日 | | | | | | | | |
| 復命書番号 | 第 | 号 | 第 | 号 | 第 | 号 | 第 | 号 |

如亲自签名，则无需加盖印章。

申请人亲自填写部分

工作单位填写部分

※如无法从工作单位获得证明时，请向提交本件的监督署进行咨询。

疗养费用赔付申请书（格式第7号）（1）（正面）（填写范例）

属通勤灾害时，使用格式第16号的5（1）

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

標準字体

如有不明，请由工作单位填写。

請按年号，年月的顺序记载。年号：昭和是5 平成是7

姓名和名之间空一格，并用片假名填写。

普通帐户时填写“1”，支票帐户时填写“2”。

如为男性则填写“1”，如为女性则填写“3”。

※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記入してください。

出げる場合には（4）の所を各に折りさらに2つ折りにしてください。

※从第二次开始申请时，如是离职的情况就没有必要记载。

医疗机构填写栏

经营者证明栏

如亲自签名，则无需加盖印章。

※如无法从工作单位获得证明时，请向提交本件的监督署进行咨询。

申请人亲自填写部分

医疗机构填写部分

工作单位填写部分。

疗养费用赔付申请书（格式第7号）（1）（背面）（填写范例）

様式第7号(1)(裏面)

| | | |
|--|--|---|
| (ワ) 労働者の所属事業場の名称・所在地 劳动者所属公司的名称和所在地 | (ウ) 発作或者発病の時期 傷病発生時期 午前 午後 時 分 日 | (ロ) 災害発生の事実を確認した者の職名 職名 氏名 |
| (ア) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所で(イ)どのような作業をしているときに(ウ)どのような物又は環境に(エ)どのような不安全又は有害な状態があつて(オ)どのような災害が発生したかを詳細に記入すること | | |
| 災害原因以及発生状況 | | |

请填写对灾害发生的事实进行确认者的姓名。

療養の内訳及び金額

| 診療内容 | 保険外点 点(高) | 診療内容 | 金額 | 摘要 |
|--|--|---|---|---|
| 初診 時間外・休日・深夜 外来診療料 後援管理算 外来管理加算 時間外 休日 深夜 | × 次 × 次 × 次 × 回 × 回 × 回 | 初診 再診 指導 その他 食事 小計 | 円 円 円 円 円 円 円 円 円 | 円 円 円 円 円 円 円 円 円 |
| 指導 在宅 夜間 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 | 回 回 回 回 回 回 | 注射 調剤 手術 麻酔 検査 画像 診療 その他 | 回 回 回 回 回 回 回 回 | 回 回 回 回 回 回 回 回 |
| 人 院 | 院年月 月 年 日 月 日 病・診・病・院 基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 特定入院料・その他 | 小計 | 点 ① 点 ① 円 円 | 合計金額 ② 円 ① ② |

**医疗机构填写栏
(请记载医疗内容以及金额。)**

请注明：
 ①发生在何处
 ②发生在何状况下
 ③在进行何种作业时发生
 ④因何种原因发生
 ⑤发生了何种灾害

合には、該当する事項を丸で囲むこと。
 合には、その費用についての明細書及び看護移送等を
 添付し、その費用を添付すること。
 接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場
 所であれば、工事現場等を記載すること、どのような
 状況において、どのようにして災害が発生したか
 など。

二、 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
 の場合は、記載する必要があること。
 三、 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の
 注意事項 ⑦及び⑧からは記載する必要がないこと。
 四、 事業主の証明は、記載する必要がないこと。
 五、 事業主の証明は、記載する必要がないこと。
 六、 事業主の証明は、記載する必要がないこと。
 七、 事業主の証明は、記載する必要がないこと。
 八、 事業主の証明は、記載する必要がないこと。
 九、 事業主の証明は、記載する必要がないこと。
 十、 事業主の証明は、記載する必要がないこと。
 十一、 事業主の証明は、記載する必要がないこと。
 十二、 事業主の証明は、記載する必要がないこと。
 十三、 事業主の証明は、記載する必要がないこと。
 十四、 事業主の証明は、記載する必要がないこと。
 十五、 事業主の証明は、記載する必要がないこと。

| | | | |
|------------------------------|--------|--------------------|------|
| 派遣先事業主証明欄 | 事業の名称 | 電話番号 | 局番 |
| | 年月日 | 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) | | | |
| 表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄 | 削字印 | 社会保険 作成年月日提出代行者の表示 | 氏名 |
| | 加字印 | 労働士 記載欄 | 電話番号 |
| | | | 印 |

停工补偿赔付支付申请书（格式第8号）填写范例

様式第8号(表面) 業務災害用 労働者災害補償保険 標準字体

休業特別支給金支給申請書(同一傷病)

属通勤災害時、使用格式第16号の6

〇濁点、半濁点、文字として書いてください。(例) カハ

帳票種別 ※ 34350

修正項目番号(1) 修正項目番号(2) ①管轄局署

②労働保険番号 労働保険番号

③新継再別 ④受付年月日

⑤労働者の性別 ⑥労働者の生年月日 ⑦負傷又は発病年月日

⑧業種別 ⑨三者コード ⑩日雇コード ⑪特別加入者

⑫日数設定 ⑬特支

⑭平均賃金 ⑮特別給与

⑯療養期間 ⑰療養の現況

⑱療養の経過

⑲療養の部位及び傷病名

⑳療養の現況

㉑療養の経過

㉒療養の部位及び傷病名

㉓療養の現況

㉔療養の経過

㉕療養の部位及び傷病名

㉖療養の現況

㉗療養の経過

㉘療養の部位及び傷病名

㉙療養の現況

㉚療養の経過

㉛療養の部位及び傷病名

㉜療養の現況

㉝療養の経過

㉞療養の部位及び傷病名

㉟療養の現況

㊱療養の経過

㊲療養の部位及び傷病名

㊳療養の現況

㊴療養の経過

㊵療養の部位及び傷病名

㊶療養の現況

㊷療養の経過

㊸療養の部位及び傷病名

㊹療養の現況

㊺療養の経過

㊻療養の部位及び傷病名

㊼療養の現況

㊽療養の経過

㊾療養の部位及び傷病名

㊿療養の現況

上記より休業補償給付の支給を請求します。休業特別支給金の支給を申請

申請人的請求人の氏名 住所 郵便番号 電話番号

労働基準監督署長 殿

如亲自签名，则无需加盖印章。

※如无法从工作单位获得证明时，请向提交本件的监督署进行咨询。

如为男性则填写“1”，如为女性则填写“3”。

请按年号，年月的顺序记载。
年号：昭和是5
平成是7

普通帐户时填写“1”，支票帐户时填写“2”。

请填写因疗养而无法工作的期间(⑯)和其中未领到工资的天数(⑰)。

仅当首次申报账户或变更已申报的账户时，才需填写⑳㉑㉒及左侧的账户持有人栏。

经营者证明栏

※第二次起的申请如在离职后进行，则不需要。

⑫の者については、⑦、⑱、⑲、⑳、㉑から㉓まで(㉓の㉑を除く。)、及び別紙2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

事業場の所在地

事業主の氏名

労働者の直接所属事業場名称所在地

⑲療養の部位及び傷病名

⑳療養の現況

㉑療養の経過

㉒療養の部位及び傷病名

㉓療養の現況

㉔療養の経過

㉕療養の部位及び傷病名

㉖療養の現況

㉗療養の経過

㉘療養の部位及び傷病名

㉙療養の現況

㉚療養の経過

㉛療養の部位及び傷病名

㉜療養の現況

㉝療養の経過

㉞療養の部位及び傷病名

㉟療養の現況

㊱療養の経過

㊲療養の部位及び傷病名

㊳療養の現況

㊴療養の経過

㊵療養の部位及び傷病名

㊶療養の現況

㊷療養の経過

㊸療養の部位及び傷病名

㊹療養の現況

㊺療養の経過

㊻療養の部位及び傷病名

㊼療養の現況

㊽療養の経過

㊾療養の部位及び傷病名

㊿療養の現況

裏面の注意事項を読んでから記入してください。

の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

申请人亲自填写部分

医疗机构填写部分

工作单位填写部分