

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	<p>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）</p> <p>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</p> <p>· 处于两上肢或两下肢失去或丧失功能状态的</p> <p>· 等与①符合需相同程度护理条件者</p>
随时护理	<p>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）</p> <p>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</p>

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

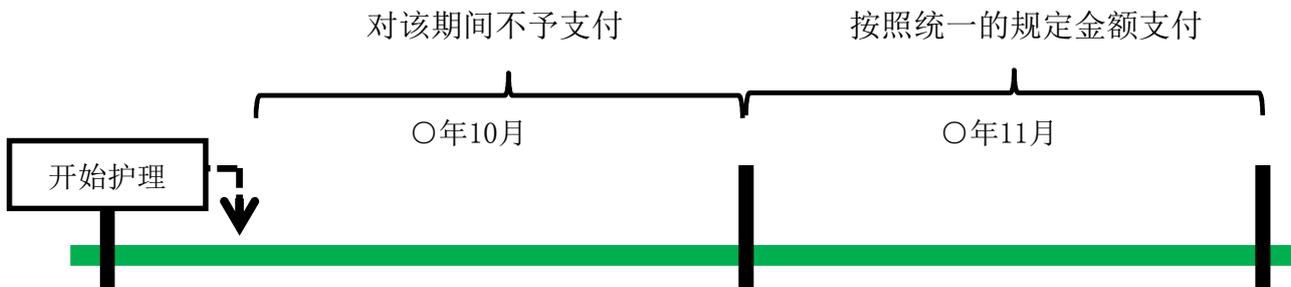
- ① 如果未接受亲属或朋友、熟人的护理，则按实际支出的金额支付护理的费用（上限为10万4290日元）
- ② 在接受亲属或朋友、熟人的护理的同时
 - a. 如果未支出护理费用，则可领取统一的规定金额5万6600日元
 - b. 如果支出的护理费用不满5万6600日元，则可领取统一的规定金额5万6600日元
 - c. 如果支出的护理费超过5万6600日元，则可领取实际支出的金额（上限为10万4290日元）

（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	°	
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	''	
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

標準字体で記入

※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发生在何种状况下
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名給付		
⑤労働者番号	⑥労働者番号	⑧性別	⑨労働者の生年月日	⑩負傷又は発病年月日
	公布補償金番号	1男 3女	生日	受傷或发病日期
⑪再発年月日	⑫事業主証明欄	⑬三者	⑭特疾	⑮特別加入者
	氏名	1自 3他	1特定 疾病	
⑯住所	⑰年(歳)	⑱負傷又は発病の時刻	⑲受傷或发病時間	
⑰郵便番号	⑳職務	午前 午後	午前 時 分 頃 午後 時 分 頃	
⑳職種	㉑氏名	㉒災害発生の事実を確認した者の職名、氏名	㉓氏名	
㉔災害発生の事由及び発生状況 (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状態があつて(お)どのような災害が発生したかを詳細に記入してください。				
㉕指定病院等の名称、所在地、電話番号、郵便番号				
㉖傷病の部位及び状態				
㉗事業主の氏名、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事業主の氏名、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事業主の氏名、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事業主の氏名、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事業主の氏名、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事業主の氏名、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事業主の氏名、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事業主の氏名、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事業主の氏名、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事業主の氏名、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事業主の氏名、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事業主の氏名、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

根据上述内容请求医疗补偿、福利的医疗支付

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。

労働基準監督署長 殿
病院院長姓名

請求人の住所
請求人の住所
請求人の氏名

支	署長	次長	課長	係長	係	決定年月日	
不							
給							
給							
決							
定							
議							
書							
	調査年月日						
	復命書番号	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。

