

労災保険請求のための ガイドブック

＜第二編＞

労災保険給付の概要
各種保険給付の内容

労災保険は、国籍を問わず、日本で労働者として働く外国人にも適用されます。就労することができる在留資格を持っている方はもちろん、留学中にアルバイトをしていて事故にあった場合なども対象となります。

このガイドブックは、労災保険給付の概要やそれぞれの保険給付の内容について解説したものです。

支給要件などの詳細については、労働基準監督署にお尋ねください。また、本国へ帰国すると受けることができない給付もありますのでご注意ください。

【目次】

労災保険給付の概要	P2
療養(補償)等給付	P14
休業(補償)等給付	P16
傷病(補償)等年金	P17
障害(補償)等給付	P18
遺族(補償)等給付、葬祭料等(葬祭給付)	P26
介護(補償)等給付	P33
記入例	P36

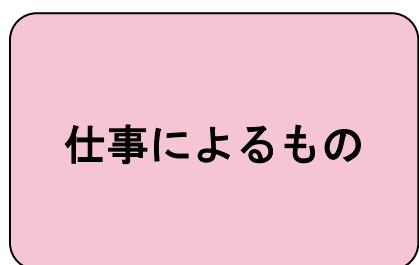


厚生労働省労働基準局補償課

労災保険給付の概要

労災保険とは、労働者が業務や通勤が原因で、負傷したり、病気になったり、さらには死亡したときに、治療費など必要な保険給付を行う制度です。外国人でも日本国内で働いている限り、労災保険が適用されます。

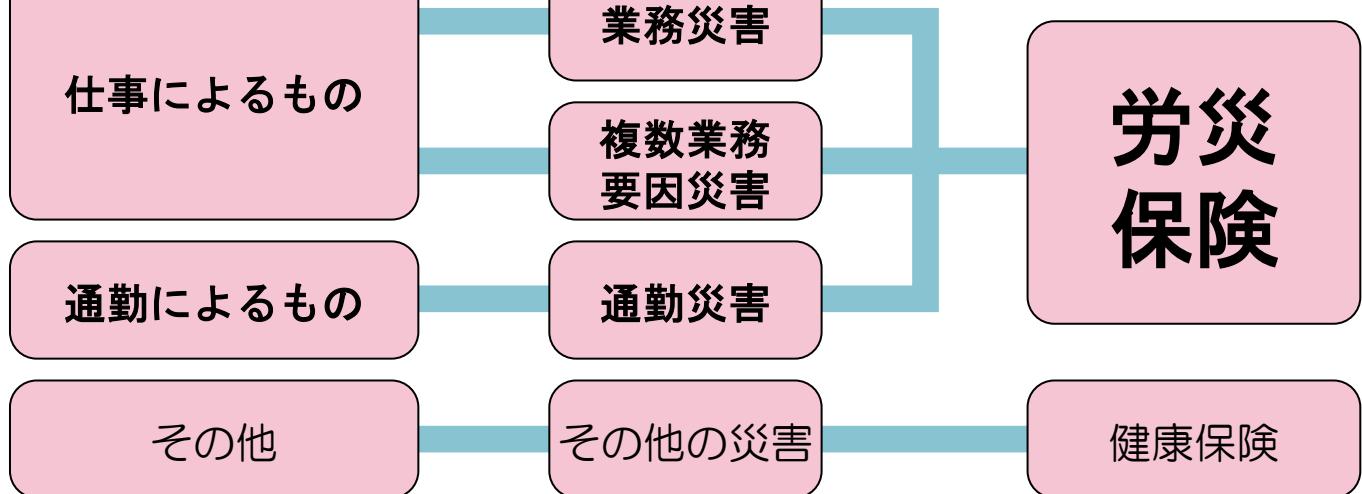
【原因・事由】



【災害分類】



【保険】



※労働災害に健康保険は使えません。

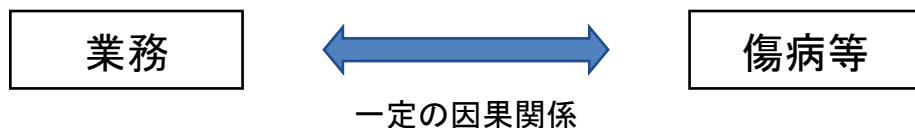
労災保険給付の種類

- ◆療養（補償）等給付：業務または通勤が原因となった傷病の療養を受けるときの給付
- ◆休業（補償）等給付：業務または通勤が原因となった傷病の療養のため、労働することができず、賃金を受けられないときの給付
- ◆傷病（補償）等年金：業務または通勤が原因となった傷病の療養開始後、1年6か月たっても傷病が治ゆ（症状固定）しないで障害の程度が傷病等級に該当するときの給付
- ◆障害（補償）等給付：業務または通勤が原因となった傷病が治ゆ（症状固定）して障害等級に該当する障害が残ったときの給付
- ◆遺族（補償）等給付：業務または通勤が原因となった傷病により労働者が死亡したときの給付
- ◆葬祭料等(葬祭給付)：業務または通勤が原因となった傷病により労働者が死亡し、葬祭を行ったときの給付
- ◆介護（補償）等給付：障害（補償）等年金または傷病（補償）等年金の受給者のうち、一定の障害により、現に介護を受けているときの給付

【用語の定義①】

業務災害

業務災害とは、労働者が業務を原因として被った傷病等（負傷・疾病・障害・死亡）のことをいいます。



- 業務と傷病等との間に一定の因果関係があることを「業務上」と呼んでいます。
- 労働者ではない事業主は、原則として補償を受けることはできません。

◇業務上の負傷とは

どのような災害が業務災害と認められるかについては、次の3つの場合に分けて考えます。

<1>事業場の施設内で業務に従事している場合

所定労働時間内や残業時間内に事業場の施設内（会社事務所・工場内）で業務に従事している場合、特段の事情がない限りは業務災害と認められます。

※以下の場合は業務災害とは認められません。

- ① 労働者が業務中に私的行為をおこない、それにより災害を被った場合
- ② 労働者が故意に災害を発生させた場合
- ③ 労働者が個人的な恨みで第三者から暴行を受けた場合

<2>事業場の施設内で業務に従事していない場合

休憩時間や就業前後など実際に業務をしていない場合に私的な行為により発生した災害は、業務災害とは認められません。

ただし、事業場の施設・設備や管理状況などが原因で発生した災害は業務災害となります。また、トイレなどの生理的行為の際に生じた災害は業務災害となります。

<3>事業場の施設外で業務に従事している場合

出張や営業などについては、積極的な私的行為を行うなど特段の事情がない限り、業務災害と認められます。

◇業務上の疾病とは

次の3つの要件が満たされる場合には、原則として業務上の疾病と認められます。

<1>労働の場に有害因子が存在していること

有害な物理的因素、化学物質、身体に過度の負担のかかる作業などが業務に内在している場合です。

(例) 石綿(アスベスト)など

<2>健康障害を起こしうるほどの有害因子にさらされたこと

<3>発症の経過、病態が医学的にみて妥当であること

業務上の疾病は、労働者が業務に内在する有害因子に接触した結果、発症します。そのため、病気は有害因子にさらされた後に発症したものでなければなりません。発症の時期は、有害因子の性質や接觸条件により異なります。

【用語の定義②】

複数業務要因災害

複数業務要因災害とは、複数事業労働者の複数の事業の業務を要因とする傷病等のことです。対象となる傷病等は、脳・心臓疾患や精神障害などです。

◇複数事業労働者とは

傷病等が生じた時点で、事業主が同一でない複数の事業場に同時に使用されている労働者をいいます。

※単一事業労働者・・・一の事業場のみに使用されている労働者

◇複数業務要因災害の認定

複数の事業場の業務上の負荷(労働時間やストレス等)を総合的に評価して、労災と認定できるか判断します。なお、複数事業労働者の方でも、1つの事業場のみの業務上の負荷を評価し業務上と認められる場合は、これまでどおり業務災害として労災認定されます。

→ P10, 11

【用語の定義③】

通勤災害

通勤災害とは、労働者が通勤によって被った傷病等のことをいいます。

◇通勤とは

就業に関し、次の①～③の移動を合理的な経路かつ手段で行うことを行います。

- ① 住居と就業の場所(業務を開始し、終了する場所)との間の往復
- ② 厚生労働省令で定める就業の場所から他の就業の場所への移動(複数就業者の事業場間の移動)
- ③ 単身赴任先住居と帰省先住居との間の移動

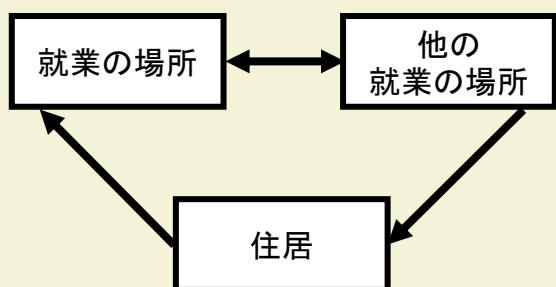
通勤の形態

※2、3については、一定の要件がありますのでご注意ください。

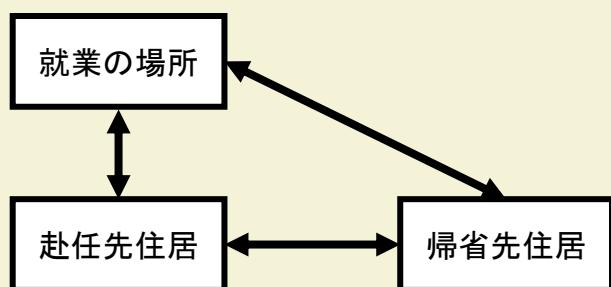
1 通常の場合



2 複数就業者の場合



3 単身赴任者の場合



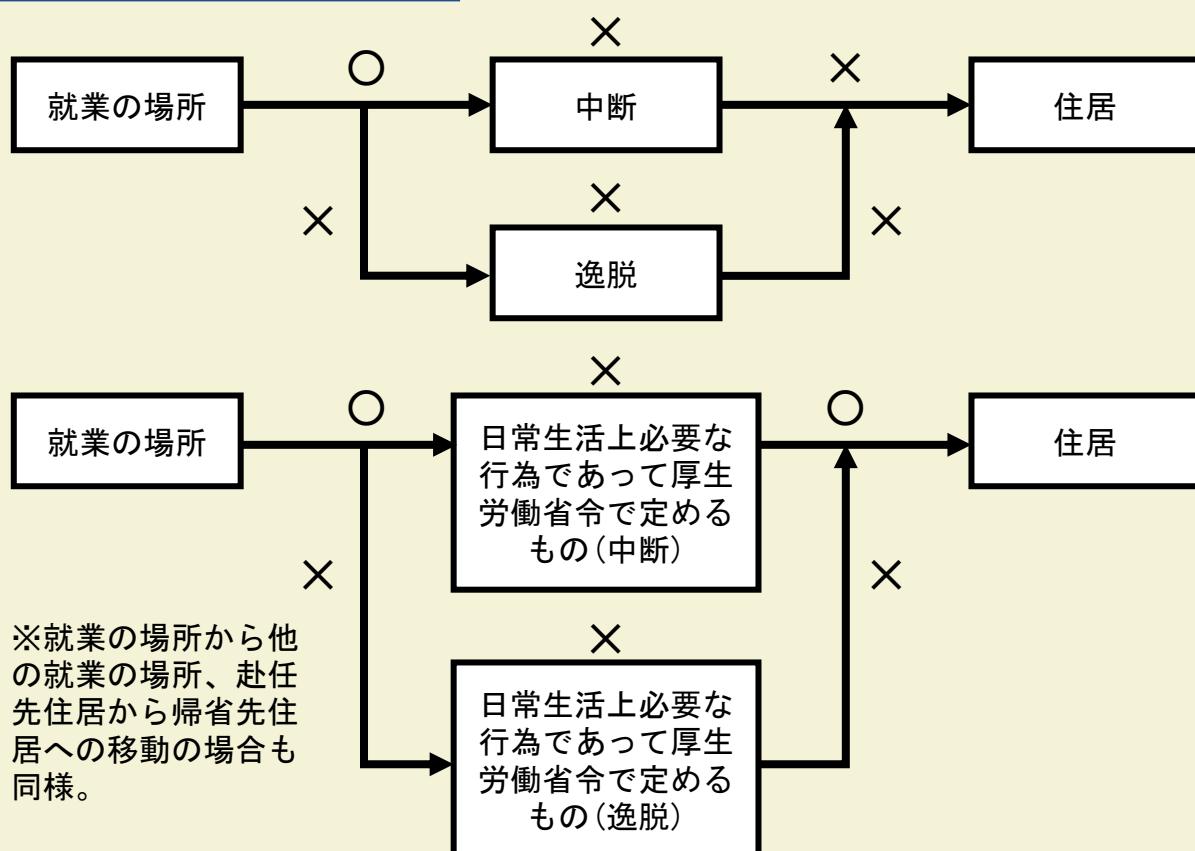
◇通勤の範囲

移動の経路を逸脱、または中断した場合は、逸脱または中断の間と、その後の移動は通勤とはなりません。

ただし、日用品の購入やその他これに準じる行為を最小限度の範囲で行う場合には、合理的経路に戻った後は再び通勤とみなされます。

通勤の範囲

○………通勤の範囲として認められるもの
×………通勤の範囲として認められないもの



◇給付基礎日額とは

給付基礎日額は、原則として平均賃金に相当する額です。（労働基準法第12条）

平均賃金は、原則として、これを算定すべき事由が生じた日※の前の3か月間に、その労働者に対して支払われた賃金の総額を、その期間の総日数（休日などを含めた暦日数）で除して得た額となります。

平均賃金の算定基礎となる賃金とは、名称にかかわらず、労働の対償として使用者から支払われたものをいいます。

ただし、結婚手当など臨時に支払われた賃金、ボーナスなど3か月を超える期間ごとに支払われた賃金などは、これに参入されないことになります。

なお、複数事業労働者の給付基礎日額については、原則、複数就業先についての給付基礎日額に相当する額を合算した額となります。

※負傷・死亡の原因である事故が発生した日、または、医師の診断により疾病にかかることが確定した日をいいますが、賃金締切日が定められているときは、その直前の賃金締切日がこれに当たります。

[例外]

① 平均賃金相当額を給付基礎日額とすることが適当でないと認められる場合には、給付基礎日額の算定方法に特例が設けられています。

(a) 平均賃金の算定期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間がある場合

(b) じん肺患者が粉じん作業以外に作業転換した場合 など

② 休業（補償）等給付については、療養を始めてから1年6か月を経過した場合、年齢階層別の最低限度額、最高限度額の適用を受けます。

年金給付については、年金が支給される最初の月から、年齢階層別の最低限度額、最高限度額の適用を受けます。

給付基礎日額の計算例

〈例1〉月20万円の賃金(賃金締切日は毎月末日)で、10月に事故が起こった場合

$$20\text{万円} \times 3\text{か月} \div 92\text{日}[7\text{月}(31\text{日}) + 8\text{月}(31\text{日}) + 9\text{月}(30\text{日})] \approx 6,522\text{円}$$

〈例2〉会社Aと会社Bに就業しており、会社Aは月20万円、会社Bは月10万円の賃金(賃金締切日はどちらも毎月末日)で、7月に事故が起こった場合

会社Aの給付基礎日額

$$20\text{万円} \times 3\text{か月} \div 91\text{日}[4\text{月}(30\text{日}) + 5\text{月}(31\text{日}) + 6\text{月}(30\text{日})] = 6,593.40\text{円}$$

会社Bの給付基礎日額

$$10\text{万円} \times 3\text{か月} \div 91\text{日}[4\text{月}(30\text{日}) + 5\text{月}(31\text{日}) + 6\text{月}(30\text{日})] = 3,296.70\text{円}$$

合算した後の給付基礎日額 $6,593.40\text{円} + 3,296.70\text{円} \approx 9,891\text{円}$

※「賃金」には、臨時に支払われた賃金、3か月を超える期間ごとに支払われる賃金は含まれません。

なお、ボーナスなど「3か月を超える期間ごとに支払われる賃金」は遺族特別年金などの額を決める場合の「算定基礎日額」に反映されます。

◇算定基礎日額とは

算定基礎日額とは、原則として、業務上、または通勤による負傷や死亡の原因である事故が発生した日、または診断によって病気にかかったことが確定した日以前1年間にその労働者が事業主から受けた特別給与の総額を算定基礎年額として、これを365で割って得た額です。

特別給与とは、給付基礎日額の算定の基礎から除外されているボーナスなど3か月をこえる期間ごとに支払われる賃金をいいます。(結婚手当など、臨時に支払われた賃金は含まれません)

なお、特別給与の総額が給付基礎年額(給付基礎日額の365倍に相当する額)の20%に相当する額を上回る場合には、給付基礎年額の20%に相当する額が算定基礎年額となります。(限度額150万円)

なお、複数事業労働者の算定基礎日額については、原則、複数就業先に係る算定基礎年額に相当する額を合算した額を365で割った額となります。

【疾病別の認定要件①】

脳・心臓疾患

脳梗塞などの「脳血管疾患」、心筋梗塞などの「虚血性心疾患」は、その発症の基礎となる血管病変等が、主に加齢、生活習慣、生活環境等の日常生活による諸要因や遺伝等の個人に内在する要因により徐々に増悪して発症するものですが、仕事が主な原因で発症する場合もあります。

脳・心臓疾患が、「業務による明らかな過重負荷」により発症した場合、労災補償の対象となります。

<対象疾病>

○脳血管疾患

- ・脳内出血（脳出血）
- ・くも膜下出血
- ・脳梗塞
- ・高血圧性脳症

○虚血性心疾患など

- ・心筋梗塞
- ・狭心症
- ・心停止（心臓性突然死を含む）
- ・重篤な心不全
- ・大動脈解離

[労災認定要件]

次のいずれかの要件に該当する場合、労災認定されます。

1. 長期間の過重業務

発症前の長期間にわたって、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務に就労したこと

①発症前1か月間に時間外労働が概ね100時間超、②発症前2～6か月間の月平均時間外労働が概ね80時間超または③上記①②には至らないがこれに近い時間外労働に加えて一定の労働時間以外の負荷要因（※）のいずれかが認められる場合は、業務と発症の関連性は強いと評価できます。

2. 短期間の過重業務

発症に近接した時期において、特に過重な業務に就労したこと

(1)発症直前から前日までの間の業務が特に過重である場合 (2)発症直前から前日までの間の業務が特に過重であると認められない場合でも、発症前おおむね1週間以内に過重な業務が継続している場合には、業務と発症との関連性があると考えられます。

なお、労働時間の長さのみで過重負荷の有無を判断できない場合には、労働時間と労働時間以外の負荷要因（※）を総合的に考慮して判断します。

3. 異常な出来事

発症直前から前日までの間において、発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事に遭遇したこと

極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等の強度の精神的負荷を引き起こす事態、急激で著しい身体的負荷を強いられる事態、急激で激しい作業環境の変化に遭遇した場合などが考えられます。

※勤務時間の不規則性（拘束時間の長い勤務、休日のない連続勤務、勤務間インターバルが短い勤務、不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務）、事業場外における移動を伴う業務（出張の多い業務、その他事業場外における移動を伴う業務）心理的負荷を伴う業務、身体的負荷を伴う業務、作業環境（温度環境、騒音）を業務による負荷要因として検討

【疾病別の認定要件②】

精神障害

精神障害は、外部からの心理的負荷(ストレス)とその心理的負荷への個人の対応力の強さとの関係で発病に至ると考えられています。

精神障害が、業務による強い心理的負荷※により発病した場合、労災補償の対象となります。

※業務による強い心理的負荷とは、客観的に対象疾病を発病させるおそれのある強い心理的負荷のことをいいます。

[労災認定要件]

次のすべての要件を満たす場合、労災認定されます。

1. 認定基準の対象となる精神障害を発病していること

疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回改訂版(ICD-10)第V章「精神及び行動の障害」に分類される精神障害です。(認知症や頭部外傷などによるものは含まれません)

(例) うつ病、急性ストレス反応など

2. 認定基準の対象となる精神障害の発病前おおむね6か月間に、業務による強い心理的負荷が認められること

(例) ・自らの死を予感させる程度の事故を体験した場合
・上司等による、人格や人間性を否定するような、業務上明らかに必要性がない精神的攻撃が執拗に行われた場合
・長時間労働がある場合
など

※いじめやハラスメントのように出来事が繰り返されるものについては、発病の6か月よりも前にそれが始まり、発病まで継続していたときは、始まった時点からの心理的負荷を評価します。

3. 業務以外の心理的負荷や個体側要因により精神障害を発病したとは認められないこと

私的な出来事(離婚、配偶者との別居、配偶者や子ども、親、兄弟の死亡など)が発病の原因でないといえるか、慎重に判断します。

精神障害の既往症やアルコール依存症などの個体側要因の有無とその内容について確認し、個体側要因がある場合には、それが発病の原因であるといえるか、慎重に判断します。

【疾病別の認定要件③】

上肢障害

腕や手を過度に使用すると、首から肩、腕、手、指にかけて炎症を起こしたり、関節や腱に異常をきたしたりすることがあります。

上肢障害とはこれらの炎症や異常をきたした状態を指します。

<代表的な診断名>

- ・上腕骨外(内)上顆炎
- ・肘部管症候群
- ・回外(内)筋症候群
- ・手関節炎
- ・腱炎
- ・腱鞘炎
- ・手根管症候群
- ・書痙
- ・書痙様症状
- ・頸肩腕症候群

[労災認定要件]

次のすべての要件を満たす場合、労災認定されます。

1. 上肢等※に負担のかかる作業を主とする業務に相当期間 (原則6か月程度以上)従事したあとに発症したものであること

主に次のような作業が該当します。

- ①上肢の反復動作の多い作業
- ②上肢を上げた状態で行う作業
- ③頸部、肩の動きが少なく、姿勢が拘束される作業
- ④上肢などの特定の部位に負担のかかる状態で行う作業

※上肢等とは、後頭部、頸部、肩甲帯、上腕、前腕、手、指をいいます。

2. 発症前に過重な業務に就労したこと

発症直前の3か月間に、上肢等に負担のかかる作業を次のような状況で行った場合をいいます。

- ・業務量がほぼ一定している場合
同様の作業に従事する同性で年齢が同じくらいの労働者よりも10%以上業務量が多い日が3か月程度続いた
- ・業務量にはらつきがあるような場合
 - ① 1日の業務量が通常より20%以上多い日が、1か月に10日程度あり、それが3か月続いた(1か月間の業務量の総量が通常と同じでもよい)
 - ② 1日の労働時間の3分の1程度の時間に行う業務量が通常より20%以上多い日が、1か月に10日程度あり、それが3か月程度続いた(1日の平均は通常と同じでもよい)

※過重な業務に従事したかどうかを判断する際は、業務量だけでなく次の状況も考慮します。

- ・長時間作業、連続作業
- ・過度の緊張
- ・他律的かつ過度な作業ペース
- ・不適切な作業環境
- ・過大な重量負荷、力の発揮

3. 過重な業務への就労と発症までの経過が医学上妥当なものと 認められること

【疾病別の認定要件④】

腰痛

労災補償の対象となる腰痛は、医学上療養が必要と認められた次の2種類のいずれかで、それについて労災認定要件を定めています。

[労災認定要件]

1. 災害性の原因による腰痛

負傷などによる腰痛で、次の①、②の要件をどちらも満たすもの

- ①腰の負傷、またはその負傷の原因となった急激な力の作用が、仕事中の突発的な出来事によって生じたと明らかに認められること。
- ②腰に作用した力が腰痛を発症させ、または腰痛の既往症・基礎疾患を著しく悪化させたと医学的に認められること。

2. 災害性の原因によらない腰痛

災害性の原因によらない腰痛は、その発症原因により、次の2種類に区分して判断されます。

◇筋肉などの疲労を原因とした腰痛

次のような業務に比較的短期間(約3か月以上)従事したことによる筋肉などの疲労を原因として発症した腰痛は、労災補償の対象となります。

- ・約20kg以上の重量物または重量の異なる物品を繰り返し中腰の姿勢で取り扱う業務
- ・毎日数時間程度、腰にとって極めて不自然な姿勢を維持して行う業務
- ・長時間立ち上がることができず、同一の姿勢を維持して行う業務
- ・腰に著しく大きな振動を受ける作業を継続して行う業務

◇骨の変化を原因とした腰痛

次のような重量物を取り扱う業務に相当期間(約10年以上)にわたり継続して従事したことによる骨の変化を原因として発症した腰痛は、労災補償の対象となります。

- ・約30kg以上の重量物を、労働時間の3分の1程度以上に及んで取り扱う業務
- ・約20kg以上の重量物を、労働時間の半分程度以上に及んで取り扱う業務

※骨の変化を原因とした腰痛が労災補償の対象として認められるためには、その変化が「通常の加齢による骨の変化の程度を明らかに超える場合」に限られます。

療養（補償）等給付

労働者が、業務または通勤が原因で負傷したり、疾病にかかるて療養を必要とする場合には、この傷病が「治ゆ」※するまでの間、療養補償給付(業務災害の場合)、複数事業労働者療養給付(複数業務要因災害の場合)または療養給付(通勤災害の場合)が支給されます。

給付の内容

療養(補償)等給付には、「療養の給付」と「療養の費用の支給」があります。

- 「療養の給付」は、労災病院や労災保険指定医療機関・薬局など(以下「指定医療機関等」といいます。)で、無料で治療や薬剤の支給を受けられる現物給付です。
- 「療養の費用の支給」は、近くに指定医療機関等がないなどの理由で、指定医療機関等以外の医療機関や薬局などで療養を受けた場合に、その療養にかかった費用を支給する現金給付です。

給付の対象となる療養の範囲や期間はどちらも同じです。

療養(補償)等給付は、治療費、入院料、移送費など通常療養のために必要なものが含まれ、傷病が治ゆ(症状固定)するまで行われます。

◇ 「治ゆ」とは

身体の諸器官・組織が健康時の状態に完全に回復した状態のみをいうものではなく、傷病の症状が安定し、医学上一般に認められた医療(※1)を行ってもその医療効果が期待できなくなった状態(※2)（「症状固定」の状態）をいいます。

したがって、「傷病の症状が、投薬・理学療法などの治療により一時的な回復がみられるにすぎない場合」など、症状が残存している場合であっても、医療効果が期待できないと判断されるときには、労災保険では「治ゆ」(症状固定)と判断し、療養(補償)等給付を支給しないこととしています。

- (※1) 「医学上一般に認められた医療」とは、労災保険の療養の範囲(基本的には、健康保険に準拠)として認められたものをいいます。したがって、実験段階、または研究的過程にあるような治療方法は、ここにいう医療には含まれません。
- (※2) 「医療効果が期待できなくなった状態」とは、その傷病の症状の回復・改善が期待できなくなった状態をいいます。

請求の手続

●療養の給付を請求する場合

療養を受けている指定医療機関等を経由して、所轄の労働基準監督署長に、療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書(様式第5号)、または療養給付たる療養の給付請求書(様式第16号の3)を提出してください。

●療養の費用を請求する場合

所轄の労働基準監督署長に、療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書(様式第7号)、または療養給付たる療養の費用請求書(様式第16号の5)を提出してください。

なお、薬局から薬剤の支給を受けた場合には様式第7号(2)または様式第16号の5(2)を、柔道整復師から手当を受けた場合には様式第7号(3)または様式第16号の5(3)を、はり師、きゅう師、あん摩マッサージ指圧師から手当を受けた場合には様式第7号(4)または様式第16号の5(4)を、訪問看護事業者から訪問看護を受けた場合には様式第7号(5)または様式第16号の5(5)を提出してください。

●指定医療機関等を変更するとき

すでに指定医療機関等で療養の給付を受けている方が、帰郷などの理由で他の指定医療機関等に変更するときは、変更後の指定医療機関等を経由して所轄の労働基準監督署長に、「療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届」(様式第6号)、または「療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届」(様式第16号の4)を提出してください。

※なお、指定医療機関等以外の医療機関や薬局などで療養を受けている方が、指定医療機関等に変更するときは、様式第6号および様式第16号の4の提出は必要ありません。様式第5号または様式第16号の3をご提出ください。

通院費について

通院費については、被災労働者の居住地、または勤務先から、原則片道2km以上^{※1}の通院であって、次の①から③のいずれかに該当する場合に支給対象となります。

- ① 同一市町村内の適切な医療機関^{※2}へ通院したとき。
- ② 同一市町村内に適切な医療機関がないため、隣接する市町村内の医療機関へ通院したとき(同一市町村内に適切な医療機関があっても、隣接する市町村内の医療機関の方が通院しやすいときなども含む)。
- ③ 同一市町村内、隣接する市町村内に適切な医療機関がないため、それらの市町村を越えた最寄りの医療機関へ通院したとき。

※1 片道2km未満でも、通院費の支給対象となる場合があります。

※2 適切な医療機関とは、傷病の診療に適した医療機関をいいます。

時効

療養の給付については、現物給付であることから、請求権の時効は問題とはなりませんが、療養の費用は、費用の支出が確定した日の翌日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅することとなりますのでご注意ください。

休業(補償)等給付

労働者が、業務上の事由、または通勤による負傷や疾病による療養のため労働することができず、そのために賃金を受けていないとき、休業補償給付(業務災害の場合)、複数事業労働者休業給付(複数業務要因災害の場合)または休業給付(通勤災害の場合)が休業4日目から支給されます。

給付の内容

次の3つの要件を満たす場合に、休業4日目から、休業(補償)等給付と休業特別支給金が支給されます。

- ①業務上の事由、または通勤による負傷や疾病による療養のため、
- ②労働することができないため、
- ③賃金を受けていない

支給額は次のとおりです。

- ・単一事業労働者(一の事業場のみに使用されている労働者)の場合

休業補償給付、休業給付=(給付基礎日額の60%)×休業日数

休業特別支給金=(給付基礎日額の20%)×休業日数

- ・複数事業労働者(事業主が同一でない複数の事業場に使用されている労働者)の場合

休業(補償)等給付=(複数就業先に係る給付基礎日額に相当する額を合算した額の60%)×休業日数

休業特別支給金=(複数就業先に係る給付基礎日額に相当する額を合算した額の20%)×休業日数

休業の初日から3日目までを待期期間といい、この間は業務災害の場合、事業主が労働基準法の規定に基づく休業補償(1日につき平均賃金の60%)を行うこととなります。ただし、複数業務要因災害・通勤災害の場合には事業主の補償責任についての法令上の規定はありません。

また、通院のため、労働者が所定労働時間の一部についてのみ労働した場合は、給付基礎日額からその労働に対して支払われる賃金の額を控除した額の60%に当たる額が支給されます。

請求の手続

所轄の労働基準監督署長に、「休業補償給付・複数事業労働者休業給付支給請求書」(様式第8号)、または「休業給付支給請求書」(様式第16号の6)を提出してください。

時効

休業(補償)等給付は、療養のため労働することができないため賃金を受けない日ごとに請求権が発生し、その翌日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

傷病(補償)等年金

業務上の事由や通勤による負傷、疾病的療養開始後、1年6か月を経過した日、またはその日以後、次の要件に該当するときに、傷病補償年金(業務災害の場合)、複数事業労働者傷病年金(複数業務要因災害の場合)または傷病年金(通勤災害の場合)が支給されます。

- (1) その負傷、または疾病が治っていないこと
- (2) その負傷、または疾病による障害の程度が傷病等級表の傷病等級に該当すること

給付の内容

傷病等級に応じて、傷病(補償)等年金、傷病特別支給金及び傷病特別年金が支給されます。

傷病等級	傷病(補償)等年金	傷病特別支給金(一時金)	傷病特別年金
第1級	給付基礎日額の313日分	114万円	算定基礎日額の313日分
第2級	" 277日分	107万円	" 277日分
第3級	" 245日分	100万円	" 245日分

年金の支払月

傷病(補償)等年金は、上記の(1)、(2)の支給要件に該当することとなった月の翌月分から支給され、毎年2月、4月、6月、8月、10月、12月の6期に、それぞれの前2か月分が支払われます。

※傷病等級が第1級の方、または第2級の胸腹部臓器、精神・神経の障害を有している方が、現に介護を受けている場合は、介護(補償)等給付を受給することができます。(→P33)

請求の手続

傷病(補償)等年金の支給・不支給の決定は、所轄の労働基準監督署長の職権によって行われますので、請求手続きは必要ありませんが、療養開始後1年6か月を経過しても傷病が治っていないときは、その後1か月以内に「傷病の状態等に関する届」(様式第16号の2)を所轄の労働基準監督署長に提出する必要があります。

障害(補償)等給付

業務上の事由、または通勤による負傷や疾病が治ったとき、身体に一定の障害が残った場合には、障害補償給付(業務災害の場合)、複数事業労働者障害給付(複数業務要因災害の場合)または障害給付(通勤災害の場合)が支給されます。

給付の内容

残存障害が、障害等級表に掲げる障害等級に該当するとき、その障害の程度に応じて、それぞれ下記のとおり支給されます。

●障害等級第1級から第7級に該当するとき

障害(補償)等年金、障害特別支給金、障害特別年金

●障害等級第8級から第14級に該当するとき

障害(補償)等一時金、障害特別支給金、障害特別一時金

障害等級	障害(補償)等給付		障害特別支給金(※)		障害特別年金		障害特別一時金	
第1級	年金	給付基礎日額の313日分	一時金	342万円	年金	算定基礎日額の313日分		
第2級	"	" 277日分	"	320万円	"	" 277日分		
第3級	"	" 245日分	"	300万円	"	" 245日分		
第4級	"	" 213日分	"	264万円	"	" 213日分		
第5級	"	" 184日分	"	225万円	"	" 184日分		
第6級	"	" 156日分	"	192万円	"	" 156日分		
第7級	"	" 131日分	"	159万円	"	" 131日分		
第8級	一時金	" 503日分	"	65万円			一時金	算定基礎日額の503日分
第9級	"	" 391日分	"	50万円			"	" 391日分
第10級	"	" 302日分	"	39万円			"	" 302日分
第11級	"	" 223日分	"	29万円			"	" 223日分
第12級	"	" 156日分	"	20万円			"	" 156日分
第13級	"	" 101日分	"	14万円			"	" 101日分
第14級	"	" 56日分	"	8万円			"	" 56日分

※同一の災害により、既に傷病特別支給金を受けた場合は、その差額となります。

※障害等級が第1または2級の胸腹部臓器、精神・神経の障害を有している方が、

現に介護を受けている場合は、介護(補償)等給付を受給することができます。(→P33)

請求の手続

所轄の労働基準監督署長に、「障害補償給付・複数事業労働者障害給付支給請求書」(様式第10号)、または「障害給付支給請求書(様式第16号の7)を提出してください。

時効

障害(補償)等給付は、傷病が治った日の翌日から5年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

障害等級表

労働者災害補償保険法施行規則

別表第一 障害等級表

障害等級	給付の内容	身体障害	障害等級	給付の内容	身体障害
第1級	当該障害の存する期間 1年につき 給付基礎日額の313日分	1両眼が失明したもの 2そしゃく及び言語の機能を廃したもの 3神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの 4胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、常に介護を要するもの 5削除 6両上肢をひじ関節以上で失ったもの 7両下肢の用を全廃したもの 8両下肢をひざ関節以上で失ったもの 9両下肢の用を全廃したもの	第4級	同 213日分	1両眼の視力が0.06以下になったもの 2そしゃく及び言語の機能に著しい障害を残すもの 3両耳の聴力を全く失ったもの 41上肢をひじ関節以上で失ったもの 51下肢をひざ関節以上で失ったもの 6両手の手指の全部の用を廃したるもの 7両足をリストラン関節以上で失ったもの
第2級	同 277日分	11眼が失明し、他眼の視力が0.02以下になったもの 2両眼の視力が0.02以下になったもの 2の2神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、随時介護を要するもの 2の3胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、随時介護を要するもの 3両上肢を手関節以上で失ったもの 4両下肢を足関節以上で失ったもの	第5級	同 184日分	11眼が失明し、他眼の視力が0.1以下になったもの 1の2神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの 1の3胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの 21上肢を手関節以上で失ったもの 31下肢を足関節以上で失ったもの 41上肢の用を全廃したもの 51下肢の用を全廃したもの 6両足の足指の全部を失ったもの
第3級	同 245日分	11眼が失明し、他眼の視力が0.06以下になったもの 2そしゃく又は言語の機能を廃したもの 3神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの 4胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの 5両手の手指の全部を失ったもの	第6級	同 156日分	1両眼の視力が0.1以下になったもの 2そしゃく又は言語の機能に著しい障害を残すもの 3両耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの 3の21耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができないもの

障害等級	給付の内容	身体障害	障害等級	給付の内容	身体障害
第6級	同 156日分	い程度になったもの 4 せき柱に著しい変形又は運動障害を残すもの 5 1上肢の3大関節中の2関節の用を廃したもの 6 1下肢の3大関節中の2関節の用を廃したもの 7 1手の5の手指又は母指を含み4の手指を失ったもの	第8級	給付基礎日額の503日分	1 1眼が失明し、又は1眼の視力が0.02以下になったもの 2 せき柱に運動障害を残すものの 3 1手の母指を含み2の手指又は母指以外の3の手指を失ったもの 4 1手の母指を含み3の手指又は母指以外の4の手指の用を廃したもの 5 1下肢を5センチメートル以上短縮したもの 6 1上肢の3大関節中の1関節の用を廃したもの 7 1下肢の3大関節中の1関節の用を廃したもの 8 1上肢に偽関節を残すもの 9 1下肢に偽関節を残すもの 10 1足の足指の全部を失ったもの
第7級	同 131日分	1 1眼が失明し、他眼の視力が0.6以下になったもの 2 両耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 2の2 1耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 3 神経系統の機能又は精神に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの 4 削除 5 胸腹部臓器の機能に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの 6 1手の母指を含み3の手指又は母指以外の4の手指を失ったもの 7 1手の5の手指又は母指を含み4の手指の用を廃したもの 8 1足をリスフラン関節以上で失ったもの 9 1上肢に偽関節を残し、著しい運動障害を残すもの 10 1下肢に偽関節を残し、著しい運動障害を残すもの 11 両足の足指の全部の用を廃したもの 12 外貌に著しい醜状を残すもの 13 両側のこう丸を失ったもの	第9級	同 391日分	1 両眼の視力が0.6以下になったもの 2 1眼の視力が0.06以下になったもの 3 両眼に半盲症、視野狭さく又は視野変状を残すもの 4 両眼のまぶたに著しい欠損を残すもの 5 鼻を欠損し、その機能に著しい障害を残すもの 6 そしゃく及び言語の機能に障害を残すもの 6の2 両耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 6の3 1耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になり、他耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの 7 1耳の聴力を全く失ったもの 7の2 神経系統の機能又は精神に障害を残し、服すること

障害等級	給付の内容	身体障害	障害等級	給付の内容	身体障害
第9級	同 391日分	<p>ができる労務が相当な程度に制限されるもの</p> <p>7の3 胸腹部臓器の機能に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの</p> <p>8 1手の母指又は母指以外の2の手指を失ったもの</p> <p>9 1手の母指を含み2の手指又は母指以外の3の手指の用を廃したもの</p> <p>10 1足の第1の足指を含み2以上の足指を失ったもの</p> <p>11 1足の足指の全部の用を廃したもの</p> <p>11の2 外貌に相当程度の醜状を残すもの</p> <p>12 生殖器に著しい障害を残すもの</p>	第11級	同 223日分	<p>1 両眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害を残すもの</p> <p>2 両眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの</p> <p>3 1眼のまぶたに著しい欠損を残すもの</p> <p>3の2 10歯以上に対し歯科補てつを加えたもの</p> <p>3の3 両耳の聴力が1メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの</p> <p>4 1耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの</p> <p>5 せき柱に変形を残すもの</p> <p>6 1手の示指、中指又は環指を失ったもの</p> <p>7 削除</p> <p>8 1足の第1の足指を含み2以上の足指の用を廃したもの</p> <p>9 胸腹部臓器の機能に障害を残し、労務の遂行に相当な程度の支障があるもの</p>
第10級	同 302日分	<p>1 1眼の視力が0.1以下になったもの</p> <p>1の2 正面視で複視を残すもの</p> <p>2 そしゃく又は言語の機能に障害を残すもの</p> <p>3 14歯以上に対し歯科補てつを加えたもの</p> <p>3の2 両耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの</p> <p>4 1耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの</p> <p>5 削除</p> <p>6 1手の母指又は母指以外の2の手指の用を廃したもの</p> <p>7 1下肢を3センチメートル以上短縮したもの</p> <p>8 1足の第1の足指又は他の4の足指を失ったもの</p> <p>9 1上肢の3大関節中の1関節の機能に著しい障害を残すものの</p> <p>10 1下肢の3大関節中の1関節の機能に著しい障害を残すもの</p>	第12級	同 156日分	<p>1 1眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害を残すものの</p> <p>2 1眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの</p> <p>3 7歯以上に対し歯科補てつを加えたもの</p> <p>4 1耳の耳かくの大部分を欠損したもの</p> <p>5 鎮骨、胸骨、ろく骨、肩こり骨又は骨盤骨に著しい変形を残すもの</p> <p>6 1上肢の3大関節中の1関節の機能に障害を残すもの</p> <p>7 1下肢の3大関節中の1関節の機能に障害を残すもの</p> <p>8 長管骨に変形を残すもの</p> <p>8の2 1手の小指を失ったもの</p> <p>9 1手の示指、中指又は環指の用を廃したもの</p>

障害等級	給付の内容	身体障害	障害等級	給付の内容	身体障害
第12級	同 156日分	10 1足の第2の足指を失ったもの、第2の足指を含み2の足指を失ったもの又は第3の足指以下の3の足指を失ったものの 11 1足の第1の足指又は他の4の足指の用を廃したもの 12 局部にがん固な神経症状を残すもの 13 削除 14 外貌に醜状を残すもの	第13級	同 101日分	9 1足の第3の足指以下の1又は2の足指を失ったもの 10 1足の第2の足指の用を廃したもの、第2の足指を含み2の足指の用を廃したもの又は第3の足指以下の3の足指の用を廃したもの
第13級	同 101日分	1 1眼の視力が0.6以下になったもの 2 1眼に半盲症、視野狭さく又は視野変状を残すもの 2の2 正面視以外で複視を残すもの 3 両眼のまぶたの一部に欠損を残し又はまつげはげを残すもの 3の2 5歯以上に対し歯科補てつを加えたもの 3の3 胸腹部臓器の機能に障害を残すもの 4 1手の小指の用を廃したもの 5 1手の母指の指骨の一部を失ったもの 6 削除 7 削除 8 1下肢を1センチメートル以上短縮したもの	第14級	同 56日分	1 1眼のまぶたの一部に欠損を残し、又はまつげを残すもの 2 3歯以上に対し歯科補てつを加えたもの 2の2 1耳の聴力が1メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの 3 上肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの 4 下肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの 5 削除 6 1手の母指以外の手指の指骨の一部を失ったもの 7 1手の母指以外の手指の遠位指節間関節を屈伸することができなくなったもの 8 1足の第3の足指以下の1又は2の足指の用を廃したもの 9 局部に神経症状を残すもの 10 削除

備考

- 1 視力の測定は、万国式試視力表による。屈折異常のあるものについてはきょう正視力について測定する。
- 2 手指を失ったものとは、母指は指節間関節、その他の手指は近位指節間関節以上を失ったものをいう。
- 3 手指の用を廃したものとは、手指の末節骨の半分以上を失い、又は中手指節関節若しくは近位指節間関節(母指にあっては指節間関節)に著しい運動障害を残すものをいう。
- 4 足指を失ったものとは、その全部を失ったものをいう。
- 5 足指の用を廃したものとは、第一の足指は末節骨の半分以上、その他の足指は遠位指節間関節以上を失ったもの、又は中足指節関節若しくは近位指節間関節(第一の足指にあっては指節間関節)に著しい運動障害を残すものをいう。

障害(補償)等年金前払一時金

1回に限り、障害(補償)等年金の前払いを受けることができます。

給付の内容

前払一時金の額は、障害等級に応じて定められている一定額の中から、希望するものを選択できます。

前払一時金が支給されると、障害(補償)等年金は、各月分の額(1年を経過した以降の分は法定利率で割り引いた額)の合計額が、前払一時金の額に達するまでの間、支給停止されます。

障害等級	前払一時金の額
第1級	給付基礎日額の200日分、400日分、600日分、800日分、1,000日分、1,200日分、1,340日分
第2級	" 200日分、400日分、600日分、800日分、1,000日分、1,190日分
第3級	" 200日分、400日分、600日分、800日分、1,000日分、1,050日分
第4級	" 200日分、400日分、600日分、800日分、920日分
第5級	" 200日分、400日分、600日分、790日分
第6級	" 200日分、400日分、600日分、670日分
第7級	" 200日分、400日分、560日分

請求の手続

原則として、障害(補償)等給付の請求と同時に、「障害補償年金・複数事業労働者障害年金・障害年金前払一時金請求書」(年金申請様式第10号)を、所轄の労働基準監督署長に提出してください。

ただし、年金の支給決定の通知のあった日の翌日から、1年以内であれば、障害(補償)等年金を受けた後でも請求できます。この場合は、それぞれの障害等級に対応する最高限度額から、既に支給された年金の額を減じた額の範囲内で請求することになります。

時効

障害(補償)等年金前払一時金は、傷病が治った日の翌日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

障害(補償)等年金差額一時金

障害(補償)等年金の受給権者が死亡したとき、既に支給された障害(補償)等年金と障害(補償)等年金前払一時金の合計額が障害等級に応じて定められている一定額に満たない場合には、遺族に対して、障害(補償)等年金差額一時金が支給されます。

給付の内容

障害(補償)等年金差額一時金は、障害等級に応じて定められている額から、既に支給された障害(補償)等年金前払一時金の合計額を差し引いた額です。

障害特別年金についても、障害(補償)等年金と同様に、差額一時金の制度があります。

障害等級	障害(補償)等年金差額一時金	障害特別年金差額一時金
第1級	給付基礎日額の 1,340日分	算定基礎日額の 1,340日分
第2級	" 1,190日分	" 1,190日分
第3級	" 1,050日分	" 1,050日分
第4級	" 920日分	" 920日分
第5級	" 790日分	" 790日分
第6級	" 670日分	" 670日分
第7級	" 560日分	" 560日分

●障害(補償)等年金差額一時金の支給を受けることができる遺族

障害(補償)等年金差額一時金の支給を受けることができる遺族は、次の(1)または(2)に掲げる遺族で、支給を受けるべき順位は、次の(1)、(2)の順序[遺族の中では、それぞれ(1)、(2)に掲げる順序]となっています。

- (1) 労働者の死亡当時その者と生計を同じくしていた配偶者[婚姻の届出をしていないが、事实上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。(2)についても同じ]、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹
- (2) (1)に該当しない配偶者、子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹

請求の手続

所轄の労働基準監督署長に障害補償年金差額一時金・複数事業労働者障害年金差額一時金・障害年金差額一時金支給請求書(様式第37号の2)を提出してください。請求書には、次の書類を添付してください。

●提出に当たって必要な添付資料

こういうときは	添付書類
必ず添付するもの	戸籍の謄本又は抄本等の請求人と死亡した労働者との身分関係を証明することができる書類
死亡労働者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった場合	その事実を証明する書類
死亡労働者の収入によって生計を維持していた場合	その事実を証明する書類

※この他にも書類を提出していただく場合があります。

時効

障害(補償)等年金差額一時金は、被災労働者が亡くなった日の翌日から5年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

遺族(補償)等給付 葬祭料等(葬祭給付)

労働者が、業務上の事由、または通勤により死亡したとき、その遺族に対して、遺族(補償)等給付が支給されます。
また、葬祭を行う方に葬祭料等(葬祭給付)が支給されます。

遺族(補償)等給付には、「遺族(補償)等年金」と「遺族(補償)等一時金」の2種類があります。

遺族(補償)等年金

遺族(補償)等年金は、受給する資格を有する遺族(受給資格者)のうちの最先順位者(受給権者)に対して支給されます。

受給資格者

遺族(補償)等年金の受給資格者となるのは、労働者の死亡当時その者の収入によって生計を維持していた配偶者・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹ですが、妻以外の遺族については、労働者の死亡の当時に一定の高齢、または年少であるか、一定の障害の状態にあることが必要です。

なお、「労働者の死亡の当時、労働者の収入によって生計を維持していた」とは、もっぱら、または主として労働者の収入によって生計を維持されていることを要せず、労働者の収入によって生計の一部を維持していれば足り、いわゆる「共稼ぎ」の場合もこれに含まれます。

受給権者となる順位は次のとおりです。

- ① 妻、または60歳以上か一定障害の夫
- ② 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるか一定障害の子
- ③ 60歳以上か一定障害の父母
- ④ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるか一定障害の孫
- ⑤ 60歳以上か一定障害の祖父母
- ⑥ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるか60歳以上、または一定障害の兄弟姉妹
- ⑦ 55歳以上60歳未満の夫
- ⑧ 55歳以上60歳未満の父母
- ⑨ 55歳以上60歳未満の祖父母
- ⑩ 55歳以上60歳未満の兄弟姉妹

- ※ 一定の障害とは、障害等級第5級以上の身体障害をいいます。
- ※ 配偶者の場合、婚姻の届出をしていくなくても、事実上婚姻関係と同様の事情にあった方も含まれます。また、労働者の死亡の当時、胎児であった子は、生まれたときから受給資格者となります。
- ※ 最先順位者が死亡や再婚などで受給権を失うと、その次の順位の方が受給権者となります。
- ※ ⑦～⑩の55歳以上60歳未満の夫・父母・祖父母・兄弟姉妹は、受給権者となっても、60歳になるまでは年金の支給は停止されます。

給付の内容

遺族の数などに応じて、遺族(補償)等年金、遺族特別支給金、遺族特別年金が支給されます。なお、受給権者が2人以上いるときは、その額を等分した額がそれぞれの受給権者が受ける額となります。

遺族数	遺族(補償)等年金	遺族特別支給金 (一時金)	遺族特別年金
1人	給付基礎日額の153日分(ただし、その遺族が55歳以上の妻または一定の障害状態にある妻の場合には給付基礎日額の175日分)	300万円	算定基礎日額の153日分(ただし、その遺族が55歳以上の妻または一定の障害状態にある妻の場合には算定基礎日額の175日分)
2人	給付基礎日額の 201日分		算定基礎日額の 201日分
3人	" 223日分		" 223日分
4人以上	" 245日分		" 245日分

請求の手続

所轄の労働基準監督署長に、遺族補償年金・複数事業労働者遺族年金支給請求書(様式第12号)、または遺族年金支給請求書(様式第16号の8)を提出してください。

なお、特別支給金の支給申請は、原則として遺族(補償)等給付の請求と同時に行うこととなっています。様式は、遺族(補償)等給付と同じです。

●提出に当たって必要な添付資料 ※この他にも書類を提出していただく場合があります。

こういうときは	添付書類
必ず添付するもの	死亡診断書、死体検査書、検死調書又はそれらの記載事項証明書など、労働者の死亡の事実及び死亡の年月日を証明することができる書類
	戸籍の謄本、抄本など、請求人及び他の受給資格者と死亡労働者との身分関係を証明することができる書類
	請求人及び他の受給資格者が死亡労働者の収入によって生計を維持していたことを証明することができる書類
請求人又は他の受給資格者が死亡労働者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるとき	その事実を証明する書類
請求人及び他の受給資格者のうち一定の障害の状態にあることにより受給資格者となる者があるとき	診断書など労働者の死亡時から引き続き当該障害の状態にあることを証明することができる書類
受給資格者のうち、請求人と生計を同じくしている者があるとき	その事実を証明する書類
妻が障害の状態にある場合	診断書など、労働者の死亡の時以後障害の状態にあったこと及びその障害の状態が生じ又はその事情がなくなった時を証明することができる書類
同一の事由により、遺族厚生年金、遺族基礎年金、寡婦年金等が支給される場合	支給額を証明することができる書類

時効

遺族(補償)等年金は、被災労働者が亡くなった日の翌日から5年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

遺族(補償)等一時金

(1) 遺族(補償)等一時金が支給される場合

次のいずれかの場合に支給されます。

- ① 労働者の死亡の当時、遺族(補償)等年金を受ける遺族がいない場合
- ② 遺族(補償)等年金の受給権者が最後順位者まですべて失権したとき、受給権者であった遺族の全員に対して支払われた年金の額及び遺族(補償)等年金前払一時金(P30)の額の合計額が給付基礎日額の1,000日分に満たない場合

(2) 受給権者

遺族(補償)等一時金の受給権者は、次のうち最先順位にある方(②③については、子・父母・孫・祖父母の順序)で、同じ順位の方が2人以上いる場合は、全員が受給権者となります。

- ① 配偶者
- ② 労働者の死亡の当時その収入によって生計を維持していた子・父母・孫・祖父母
- ③ その他の子・父母・孫・祖父母
- ④ 兄弟姉妹

給付の内容

上記(1)の①の場合

給付基礎日額の1,000日分が支給されます。

また、遺族特別支給金として300万円が支給されるほか、遺族特別一時金として算定基礎日額の1,000日分が支給されます。

上記(1)の②の場合

給付基礎日額の1,000日分から、すでに支給された遺族(補償)等年金などの合計額を差し引いた差額が支給されます。

受給権者であった遺族の全員に対して支払われた遺族特別年金の合計額が算定基礎日額の1,000日分に達していないときは、遺族特別一時金として算定基礎日額の1,000日分との合計額との差額が支給されます。(遺族特別支給金は支給されません)

請求の手続

所轄の労働基準監督署長に、遺族補償一時金・複数事業労働者遺族一時金支給請求書(様式第15号)、または遺族一時金支給請求書(様式第16号の9)を提出してください。

なお、特別支給金の支給申請は、原則として遺族(補償)等一時金の請求と同時に行うこととなっています。様式は、遺族(補償)等一時金と同じです。

●提出に当たって必要な添付書類

こういうときは	添付書類
死亡労働者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるとき	その事実を証明する書類
死亡労働者の収入によって生計を維持していた者である場合	その事実を証明する書類
労働者の死亡当時、遺族(補償)等年金を受けることのできる遺族がない場合	ア 死亡診断書、死体検案書、検死調書又はそれらの記載事項証明書など、労働者の死亡の事実及び死亡の年月日を証明することができる書類 イ 戸籍の謄本、抄本など、請求人と死亡した労働者との身分関係を証明することができる書類
遺族(補償)等年金の受給権者が最後順位者まで全て失権した時で受給権者であった遺族の全員に対して支払われた年金の額及び遺族(補償)等年金前払一時金の額の合計額が給付基礎日額の1,000日分に満たない場合	上記イの書類

※この他にも書類を提出していただく場合があります。

時効

遺族(補償)等一時金は、遺族(補償)等年金の場合と同様に被災労働者が亡くなった日の翌日から5年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

遺族(補償)等年金前払一時金

1回に限り、遺族(補償)等年金の前払いを受けることができます。

また、若年停止により年金の支給が停止されている方も、前払いを受けることができます。

給付の内容

前払一時金の額は、給付基礎日額の200日分、400日分、600日分、800日分、1,000日分のなかから、希望する額を選択できます。

なお、前払一時金が支給されると、遺族(補償)等年金は、各月分の額(1年を経過した以降の分は法定利率で割り引いた額)の合計額が、前払一時金の額に達するまでの間、支給停止されます。

請求の手続

原則として、遺族(補償)等年金の請求と同時に、遺族補償年金・複数事業労働者遺族年金・遺族年金前払一時金請求書(年金申請様式第1号)を、所轄の労働基準監督署長に提出してください。

ただし、年金の支給決定の通知のあった日の翌日から、1年以内であれば、遺族(補償)等年金を受けたあとでも請求することができます。この場合は、給付基礎日額の1,000日分から、既に支給された年金の額の合計額を減じた額の範囲内で請求することになります。

時効

遺族(補償)等年金前払一時金は、被災労働者が亡くなった日の翌日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

遺族(補償)等年金の受給権者が変わるとき(転給)

遺族(補償)等年金の受給権者が、次の理由によって年金を受けられなくなったときは、次の順位の遺族が年金の支給を受けることになります。

- (1) 死亡したとき
- (2) 婚姻(届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む)したとき
- (3) 直系血族、または直系姻族以外の者の養子(届出をしていないが、事実上養子縁組関係と同様の事情にある場合を含む)となったとき
- (4) 離縁によって、死亡した労働者との親族関係が終了したとき
- (5) 子、孫、兄弟姉妹については、18歳に達する日以後の最初の3月31日が終了したとき
(労働者の死亡の時から引き続き一定障害の状態にあるときを除く)
- (6) 一定障害の状態にある夫、子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹については、その事情がなくなったとき

請求の手続

所轄の労働基準監督署長に遺族補償年金・複数事業労働者遺族年金・遺族年金転給等請求書(様式第13号)を提出してください。

遺族特別年金の支給申請は、原則として転給の請求と同時にを行うこととなっています。様式は、転給等請求書と同じです。

●提出に当たって必要な添付書類

こういうときは	添付書類
必ず添付するもの	戸籍の謄本、抄本など、請求人及び請求人と生計を同じくしている他の受給資格者を死亡労働者との身分関係を証明することができる書類
請求人及び請求人と生計を同じくしている他の受給資格者のうち一定の障害の状態にあることにより受給資格者となる者があるとき	診断書など労働者の死亡時から引き続き当該障害の状態にあることを証明することができる書類
受給資格者のうち、請求人と生計を同じくしている者があるとき	その事実を証明する書類

※この他にも書類を提出していただく場合があります。

葬祭料等(葬祭給付)

葬祭料等(葬祭給付)の支給対象となる方は、必ずしも遺族とは限りませんが、通常は葬祭を行うのにふさわしい遺族が該当します。

なお、葬祭を執り行う遺族がなく、社葬として死亡労働者の会社において葬祭を行った場合は、葬祭料等(葬祭給付)はその会社に対して支給されます。

請求の内容

葬祭料等(葬祭給付)の額は、315,000円に給付基礎日額の30日分を加えた額です。

この額が給付基礎日額の60日分に満たない場合は、給付基礎日額の60日分が支給額となります。

請求の手続

所轄の労働基準監督署長に、葬祭料又は複数事業労働者葬祭給付請求書(様式第16号)、または葬祭給付請求書(様式第16号の10)を提出してください。

●請求にあたって必要な添付書類

死亡診断書、死体検査書、検視調書、またはそれらの記載事項証明書など、被災労働者の死亡の事実、死亡の年月日を証明することができる書類。

ただし、遺族(補償)等給付の請求書を提出する際に添付してある場合には、必要ありません。

時効

葬祭料等(葬祭給付)は、被災労働者が亡くなった日の翌日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

介護(補償)等給付

障害(補償)等年金、または傷病(補償)等年金の第1級の方すべてと、第2級の精神神経・胸腹部臓器の障害を有している方が、現に介護を受けている場合に、介護補償給付(業務災害の場合)、複数事業労働者介護給付(複数業務要因災害の場合)または介護給付(通勤災害の場合)が支給されます。

支給の要件

1 一定の障害の状態に該当すること

介護(補償)等給付は、障害の状態に応じ、常時介護を要する状態と随時介護を要する状態に区分されます。常時介護、または随時介護を要する障害の状態は、次のとおりです。

該当する方の具体的な障害の状態	
常時介護	<p>① 精神神経・胸腹部臓器に障害を残し、常時介護を要する状態に該当する方(障害等級第1級3・4号、傷病等級第1級1・2号)</p> <p>②   を有する方</p> <ul style="list-style-type: none">・両眼が失明するとともに、障害又は傷病等級第1級・第2級の障害・両上肢及び両下肢が亡失又は用廃の状態にある方 <p>など①と同程度の介護を要する状態である方</p>
随時介護	<p>① 精神神経・胸腹部臓器に障害を残し、随時介護を要する状態に該当する方(障害等級第2級2号の2・2号の3、傷病等級第2級1・2号)</p> <p>② 障害等級第1級又は傷病等級第1級に該当する方で、常時介護を要する状態ではない方</p>

2 現に介護を受けていること

民間の有料の介護サービスや親族、友人・知人により、現に介護を受けていることが必要

3 病院、または診療所に入院していないこと

4 介護老人保健施設、障害者支援施設(生活介護を受けている場合に限る)、特別養護老人ホーム、原子爆弾被爆者特別養護ホームに入所していないこと

これらの施設に入所している場合は、施設において十分なサービスが提供されているものと考えられることから、支給対象とはなりません。

給付の内容

介護(補償)等給付の支給額は、次のとおりです。

(令和7年2月1日現在の支給額です。)

(1) 常時介護の場合

- ① 親族、または友人・知人の介護を受けていない場合には、介護の費用として支出した額
(上限177,950円)
- ② 親族、または友人・知人の介護を受けているとともに、
 - ア 介護の費用を支出していない場合には、一律定額として81,290円
 - イ 介護の費用を支出しており、その額が81,290円を下回る場合には、81,290円
 - ウ 介護の費用を支出しており、その額が81,290円を上回る場合には、その額
(上限177,950円)

(2) 隨時介護の場合

- ① 親族、または友人・知人の介護を受けていない場合には、介護の費用として支出した額
(上限88,980円)
- ② 親族、または友人・知人の介護を受けているとともに、
 - ア 介護の費用を支出していない場合には、一律定額として40,600円
 - イ 介護の費用を支出しており、その額が40,600円を下回る場合には、40,600円
 - ウ 介護の費用を支出しており、その額が40,600円を上回る場合には、その額
(上限88,980円)

●月の途中から介護を開始した場合

- ①介護費用を支払って介護を受けた場合は、上限額の範囲で介護費用が支給されます。
- ②介護費用を支払わないで親族などから介護を受けた場合は、その月は支給されません。
(例)10月途中から親族などにより介護を受けはじめた場合

この期間については支給対象となりません。 一律定額が支給されます。



※請求書の「請求対象年月」欄には、介護を開始した月(この例では10月分)についても記入してください。

請求の手続

介護(補償)等給付を請求するときは、所轄の労働基準監督署長に、介護補償給付・複数事業労働者介護給付・介護給付支給請求書(様式第16号の2の2)を提出してください。

●提出に当たって必要な添付書類

こういうときは	該当する方の具体的な障害の状態
必ず添付するもの	医師又は歯科医師の診断書
介護の費用を支出している場合	費用を支出して介護を受けた日数及び費用の額を証明する書類

※この他にも書類を提出していただく場合があります。

傷病(補償)等年金の受給者及び障害等級第1級3号・4号、または第2級2号の2・2号の3に該当する方は、診断書を添付する必要はありません。

また、継続して2回目以降の介護(補償)等給付を請求するときにも、診断書は必要ありません。介護(補償)等給付の請求は、1か月を単位として行いますが、3か月分をまとめて請求しても差し支えありません。

時効

介護(補償)等給付は、介護を受けた月の翌月の1日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

各種請求書の記入例

1. 療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書(様式第5号)
2. 療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書(様式第7号)
3. 休業補償給付・複数事業労働者休業給付支給請求書(様式第8号)
4. 障害補償給付・複数事業労働者障害給付支給請求書(様式第10号)
5. 遺族補償年金・複数事業労働者遺族年金支給請求書(様式第12号)
6. 遺族補償一時金・複数事業労働者遺族一時金支給請求書(様式第15号)
7. 葬祭料又は複数事業労働者葬祭給付請求書(様式第16号)
8. 介護補償給付・複数事業労働者介護給付支給請求書(様式第16号の2の2)

療養補償付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書 (様式第5号(表面))記入例

通勤災害の場合は様式第16号の3

■ 様式第5号(表面) 労働者災害補償保険 ■ 業務災害用 ■ 複数業務要因災害用 ■ 療養補償付及び複数事業労働者 ■ 療養給付たる事業の給付請求書		<small>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。</small>	
標準字体で記入し			
<small>不明な場合は事業場に記入を依頼して下さい。</small>		<small>元号、年、月の順に記載して下さい。</small>	
<small>①管轄局署</small> 90		<small>月 日 年 月 日 不支給決定年月日</small>	
<small>②業別</small> <small>1 業種 3 業通 5 全般付</small>		<small>③保留</small>	
<small>④性別</small> <small>1 男 3 女</small>		<small>⑤労働者の生年月日</small> <small>Birthday</small>	
<small>⑥職種</small> <small>1 一般職 3 正職 7 半正職 9 非正職</small>		<small>⑦労働年月日</small> <small>date of injury or attack</small>	
<small>⑧性別</small> <small>1 男 3 女</small>		<small>⑨労働者の生年月日</small> <small>1~9年は右へ 10~99年は左へ 100~999年は右へ</small>	
<small>⑩負傷又は発病年月日</small> <small>date of injury or attack</small>		<small>⑪再発年月日</small> <small>※</small>	
<small>⑫被災</small> <small>※</small>		<small>⑬三者</small> <small>1 自 3 労 5 他</small>	
<small>⑭氏名</small> <small>Name (Katakana)</small>		<small>⑮年齢</small> <small>(Age 歳)</small>	
<small>A zip code</small>		<small>⑯郵便番号</small> <small>Address</small>	
<small>⑰災害発生の事実を確認した方の職名、氏名を記入してください。該当者がいない場合は、災害発生の報告を受けた事業場の方の職名、氏名を記入してください。</small>		<small>⑲午前 Am 時</small> <small>⑳災害発生の事実を確認した者の職名、氏名</small> <small>職名 position</small> <small>氏名 Name</small>	
<small>⑳災害発生の事実を確認した者の職名、氏名</small> <small>職名 position</small> <small>氏名 Name</small>			
<small>Occupational Category</small> <small>⑳災害の原因及び発生状況</small> <small>The cause of the accident and the outbreak situation</small>			
<small>①どこで ②どのような状況で ③どのような作業をしているときに ④何が原因で ⑤どのような災害が発生したかを明確にして下さい。</small>			
<small>㉑指定病院等の名称</small> <small>㉒所在地</small>		<small>㉓傷病の部位及び状態</small>	
<small>㉔の者については、㉕、㉖及び㉗に記載したとおりであることを証明します。</small>			
<small>㉕事業の名称</small>		<small>㉖電話 () -</small>	
<small>㉗事業場の所在地</small>		<small>㉘電話 () -</small>	
<small>㉙事業主の氏名</small>		<small>㉚電話 () -</small>	
<small>(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)</small> <small>労働者の所属事業場の名称・所在地</small>			
<small>注意) 1 労働者の所属事業場の名称・所在地については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。 2 派遣労働者について、療養補償付又は複数事業労働者療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載して下さい。</small>			
<small>上記により療養補償付又は複数事業労働者療養給付たる療養の給付を請求します。</small>			
<small>Chief director labor standards</small> <small>労働基準監督署長 殿</small>		<small>年 月 日</small>	
<small>Name of hospital</small>		<small>Telephone () -</small>	
<small>病院所経由</small>		<small>A zip code</small>	
<small>訪問看護事業者</small>		<small>Claimant's 住所 Address</small>	
<small>支不支給決定決議書</small>		<small>署長 副署長 課長 係長 係 決定年月日</small>	
<small>調査年月日</small>		<small>不支給の理由</small>	
<small>復命書番号</small>		<small>調査年月日</small>	

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

※会社から証明が受けられない場合でも、労災請求はできますので、最寄りの都道府県労働局または労働基準監督署にご相談ください。

療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書 (様式第5号(裏面))記入例

		複数の事業場で就業されている場合、「有」に○をつけ、事業場数を記入してください。		
様式第5号(裏面)				
②その他就業先の有無				
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない) 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称		
		労働保険番号(特別加入)	加入年月日	年 月 日

[項目記入にあたっての注意事項]

- 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままでし、事項を選択してください。(ただし、⑧欄並びに⑨及び⑩欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。)
- ⑯は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数のときは最初に発見した者)を記載してください。
- 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰めで年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。
- 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかつものとみなされます。
- ②「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱います。
- 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなります。

[その他の注意事項]

この用紙は、機械によって読み取りを行いますので汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

派遣先事業主 証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩、⑪及び⑫)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。		
	年 月 日	事業の名称	電話() —
		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)

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			() —

療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書

(様式第7号(1)(表面))記入例

請求人ご自身が記入する部分です。

医療機関が記入する部分です。

会社が記入する
部分です。

※会社から証明が受けられない場合でも、
労災請求はできますので、最寄りの都道府県労働局
または労働基準監督署にご相談ください。

療養補償付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書 (様式第7号(1)(表面))記入例

様式第7号(1)(裏面)		(ス) 貨物又は発病の時刻 A.m 午前 時 分頃 P.m 午後 時 分頃		(ル) 災害発生の Job 職名 事実を確認した者の Name		災害発生の事実を確認した方の職名、 氏名を記入してください。該当者が いない場合は、災害発生の報告を受け た事業場の方の職名、氏名を記入 してください。																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<p>(ア) 労働者の 所属事業場の 名称・所在地 Name and address in workplace</p> <p>(フ) 災害の原因及び発生状況 (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 などの災害が発生したか(か)と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること The cause of the accident and the outback situation</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">診療内容</td> <td>点数(点)</td> <td>診療内容</td> <td>金額</td> <td>摘要</td> <td colspan="2">(二)(一) ①どこで ②どのような状況で ③どのような作業をしているときに ④何が原因で ⑤どのような災害が発生したか を明確にして下さい。</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">初診</td> <td>時間外・休日・深夜</td> <td></td> <td>初診</td> <td>円</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>外来診療料</td> <td>×</td> <td>回</td> <td>円</td> <td>再診</td> <td>回</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">再診</td> <td>継続管理計算</td> <td>×</td> <td>回</td> <td>円</td> <td>指導</td> <td>回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>外来管理計算</td> <td>×</td> <td>回</td> <td>円</td> <td>その他</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">指導</td> <td>時間外</td> <td>×</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>休日</td> <td>×</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">在宅</td> <td>深夜</td> <td>×</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">投薬</td> <td>内服 薬剤</td> <td></td> <td>単位</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>調剤</td> <td>×</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">点滴</td> <td>点滴 薬剤</td> <td></td> <td>単位</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>調剤</td> <td>×</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">処置</td> <td>処方</td> <td>×</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>麻薬</td> <td></td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">注入</td> <td>注入 薬剤</td> <td></td> <td>単位</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>調剤</td> <td>×</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">検査</td> <td>皮下筋肉内 静脈内</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">手術</td> <td>麻酔</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>薬剤</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">画像診断</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>薬剤</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">その他</td> <td>処方せん</td> <td>回</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>薬剤</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">入院</td> <td>入院年月日 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>病・診・衣</td> <td>入院基本料・加算</td> <td>× 日間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>× 日間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>× 日間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>× 日間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>× 日間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">特定入院料・その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">小計 点 ①</td> <td>円 合計金額 ①-②</td> <td>円</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="8">派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ス)及び(フ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">派遣先事業 主証明欄</td> <td colspan="2">事業の名称 年 月 日</td> <td colspan="2">電話() -</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">事業場の所在地</td> <td colspan="2">〒 -</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">事業主の氏名</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="8">(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)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">社会保険 労務士 記載欄</td> <td colspan="2">作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示</td> <td colspan="2">氏名</td> <td colspan="2">電話番号</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">() -</td> </tr> </table>								診療内容		点数(点)	診療内容	金額	摘要	(二)(一) ①どこで ②どのような状況で ③どのような作業をしているときに ④何が原因で ⑤どのような災害が発生したか を明確にして下さい。		初診	時間外・休日・深夜		初診	円				外来診療料	×	回	円	再診	回		再診	継続管理計算	×	回	円	指導	回		外来管理計算	×	回	円	その他		円	指導	時間外	×	回					休日	×	回					在宅	深夜	×	回												投薬	内服 薬剤		単位					調剤	×	回					点滴	点滴 薬剤		単位					調剤	×	回					処置	処方	×	回					麻薬		回					注入	注入 薬剤		単位					調剤	×	回					検査	皮下筋肉内 静脈内	回						その他	回						手術	麻酔	回						薬剤							画像診断								薬剤							その他	処方せん	回						薬剤							入院	入院年月日 年 月 日							病・診・衣	入院基本料・加算	× 日間							× 日間							× 日間							× 日間							× 日間					特定入院料・その他								小計 点 ①		円 合計金額 ①-②	円					派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ス)及び(フ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。								派遣先事業 主証明欄	事業の名称 年 月 日		電話() -				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)								社会保険 労務士 記載欄		作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示		氏名		電話番号								() -	
診療内容		点数(点)	診療内容	金額	摘要	(二)(一) ①どこで ②どのような状況で ③どのような作業をしているときに ④何が原因で ⑤どのような災害が発生したか を明確にして下さい。																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
初診	時間外・休日・深夜		初診	円																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	外来診療料	×	回	円	再診	回																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
再診	継続管理計算	×	回	円	指導	回																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	外来管理計算	×	回	円	その他		円																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
指導	時間外	×	回																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	休日	×	回																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
在宅	深夜	×	回																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
投薬	内服 薬剤		単位																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	調剤	×	回																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
点滴	点滴 薬剤		単位																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	調剤	×	回																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
処置	処方	×	回																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	麻薬		回																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
注入	注入 薬剤		単位																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	調剤	×	回																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
検査	皮下筋肉内 静脈内	回																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	その他	回																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
手術	麻酔	回																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	薬剤																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
画像診断																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	薬剤																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
その他	処方せん	回																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	薬剤																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
入院	入院年月日 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	病・診・衣	入院基本料・加算	× 日間																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
		× 日間																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
		× 日間																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
		× 日間																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
		× 日間																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
特定入院料・その他																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
小計 点 ①		円 合計金額 ①-②	円																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
派遣元事業主が証明する事項(表面の⑦並びに(ス)及び(フ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
派遣先事業 主証明欄	事業の名称 年 月 日		電話() -																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	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)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
社会保険 労務士 記載欄		作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示		氏名		電話番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
						() -																																																																																																																																																																																																																																																																																																											

休業補償給付・複数事業労働者休業給付支給請求書(様式第8号(表面))記入例

請求人ご自身が記入する部分です。

医療機関が記入する部分です。

会社が記入する
部分です。

※会社から証明が受けられない場合でも、
労災請求はできますので、最寄りの都道府県労働局
または労働基準監督署にご相談ください。

休業補償給付・複数事業労働者休業給付支給請求書(様式第8号(裏面))記入例

様式第8号(裏面)

② 労働者の職種		③ 負傷又は発病の時刻		④ 平均賃金(算定内訳別紙1のとおり)	
		午前	時 分 頃	円	銭
⑤ 所定労働時間	午前 時 分から午前 時 分まで	⑥ 休業補償給付額、休業特 別支給金額の改定比率(平均賃金とのおり)			
⑦ 災害の原因、発生状況及び 発生当日の就労・療養状況 (a)どのような場所で(い)どのような作業をしているとき(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(か)⑦と初診日と災害発生日が同じ場合は当日所定労働時間内に通院したか、⑦と初診日が異なる場合はその理由を詳細に記入すること					

災害が発生した場所、そのときの作業内容、状況を明確にしてください。⑦と初診日と災害発生日が同じ場合はその日の所定労働時間内に通院したか、⑦と初診日が異なる場合はその理由を記入してください。

⑧ 厚生年金保険関係	(イ) 基礎年金番号	(ロ) 被保険者資格の取得年月日		年 月 日
	(ハ) 当該傷病に関する年金の種類等	年金の種類	厚生年金保険法の	イ 障害年金
			國民年金法の	ロ 障害年金
			船員保険法の	三 障害基準年金
		障害等級	級	
		支給される年金の額	円	
支給されることとなった年月日	年 月 日			
基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード				
新規年金事務所等				

同一の傷病について厚生年金保険などの年金を支給される場合にのみ記入してください。

⑨ その他就業先の有無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	複数の事業場で就業されている場合、「有」に○をつけ、事業場数を記入してください。ここで記入された事業場ごとに様式第8号(通勤災害の場合は様式第16号の6)別紙1及び別紙3の作成が必要となります。	
	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称	社
	加入年月日	年 月 日	付の要因として請求され
	給付基礎日額	円	付のみで請求され
	労働保険番号(特別加入)		
	社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理人の表示	氏 名

[注意]

- 一、所定労働時間後に負傷した場合には、⑨及び⑩欄については、当該負傷した日を除いて記載してください。その際、その他就業紙のため休業した期間があり、その期間及びその期間中に受けた賃金の額を算定基礎から控除して算定した平均賃金に相当する額が平均賃金の額を超える場合に記載し、控除する期間及び賃金の内訳を別紙⑨欄に記載してください。この場合は、⑨欄のこの算定方法による平均賃金に相当する額を記載してください。
- 二、別紙1⑨欄には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養等のため休業した期間があり、その期間及びその期間中に受けた賃金の額を算定基礎から控除して算定した平均賃金に相当する額が平均賃金の額を超える場合に記載し、控除する期間及び賃金の内訳を別紙⑨欄に記載してください。この場合は、⑨欄のこの算定方法による平均賃金に相当する額を記載してください。
- 三、別紙2は、⑩欄の「賃金を受けなかった日」のうちに業務上の負傷又は疾病による療養のため所定労働時間のうちその一部分に限り添付し、別紙2は、⑩欄に記載してくださる場合に限り添付してください。

- 四、別紙3は、⑩欄の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合に、その他就業先に記載してください。その際、その他就業先ごとに注意一及び三の規定に従って記載した別紙1及び別紙2を添付してください。
- 五、請求人申請人が災害発生事業場で特別加入者であるときは、別紙1⑩欄には、その者の給付基礎日額を記載してください。
- (二)(一) ⑨⑩⑪⑫⑬及び⑩欄の事項を証明することができる書類その他の資料を添付してください。
- (三) 事業主の証明は受ける必要はありません。

- 六、第二回目以後の請求(申請)の場合には、(一)⑨⑩⑪⑫⑬及び⑩欄については、前回の請求又は申請時に、その他就業先に記載してください。
- (二) ⑩欄から⑩欄まで及び⑩欄は記載する必要はありません。
- (三) 別紙1平均賃金算定内訳は付する必要はありません。
- (四) ⑩欄の記載する必要はありません。
- (五) ⑩欄の記載する必要はありません。
- (六) ⑩欄の記載する必要はありません。
- (七) ⑩欄の記載する必要はありません。
- (八) ⑩欄の記載する必要はありません。
- (九) ⑩欄の記載する必要はありません。
- (十) ⑩欄の記載する必要はありません。
- (十一) ⑩欄の記載する必要はありません。
- (十二) ⑩欄の記載する必要はありません。
- (十三) ⑩欄の記載する必要はありません。

障害補償給付・複数事業労働者障害給付支給請求書(様式第10号(表面))記入例

様式第10号(表面)

業務災害用 複数業種要因災害用		労働者災害補償保険		支給請求書	
通勤災害の場合は様式 第16号の7		支給申請書		支給申請書	
		労働保険番号	被保険者番号	支給年月	支給年月
		管轄	基幹番号	別一時	別一時
Workers' compensation insurance number				フリガナ 氏名	Name(Katakana) (男・女) Name
		②年金証書の番号	年金番号	生年月日	年月日(歳) Birthday Age
不明な場合は事業場に記入を依頼して下さい。		種別	西暦年	住所	Address(Katakana) Address
				職種	
				所属事業場 名称・所在地	
(⑥) 災害の原因及び発生状況 (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)どのような不安な又は有害な状態があって(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること					
The cause of the disaster and the outback situation					
④負傷又は発病年月日 date of injury or attack 午後 分頃					
⑤傷病の治癒した年月日 date of wound recovered					
⑦平均賃金 Average wages 円 銭					
⑧特例給付料(年額) Total of special salary in one year 円					
Individual pension number					
①厚年等の年金証書 基礎年金番号・年金コード		②被保険者資格の 取得年月日		年月日	
Employer's pension Insurance etc. 受取関係		年金の種類 Kind of pension		厚生年金保険法の 厚生年金 同厚年金法の 厚生年金 船員保険法の障害年金 ロ、障害厚年金 ロ、障害基礎年金	
当該傷病に 関して支給され る年金の種類等 等		障害等級 Grade of disability		Amount of provided pension	
③の者については、④、⑥から⑨まで並びに⑩の①及び⑪に記載したとおりであることを証明します。		支給される年金の額 Date to have been provided		支給されることとなった年月日 Pension code of annuity bond of welfare annuity	
同一の傷病について厚生年金 保険などの年金を支給される 場合にのみ記入して下さい。					
事業主の名前 事業主の所在地 事業主の氏名					
電話() ー					
⑩障害の部位及び状態 (診断書のとおり)					
⑪既存障害がある場合には その部位及び状態 Part and symptom of existing trouble					
⑫添付する書類 その他の資料名 Name of appended document					
年金の払渡しを 受けることを 希望する 金融機関 又は郵便局 Financial institution of post office where transfer of pension is hoped		支店名 ※金融機関店舗コード 名 銀行・金庫 農協・漁協・信組 本店・本所 出張所 支店・支所		※金融機関店舗コード 名 銀行・金庫 農協・漁協・信組 Branch name Sign number of bankbook	
上記により Date of application 年月日		預金通帳の記号番号 普通・当座 名 Address 所 在 地 都道府県 市郡 預金通帳の記号番号 第		預金通帳の記号番号 普通・当座 名 Address 所 在 地 都道府県 市郡 預金通帳の記号番号 第	
A zip code					
Telephone					
Address 住所 Name 氏名					
□本件手続を裏面に記載の社会保険労務士に委託します。					
個人番号					
振込を希望する金融機関の名称 Financial institution or post office where transfer of pension is hoped		預金の種類及び口座番号 Account number			
銀行・金庫 農協・漁協・信組		Branch name 本店・本所 出張所 支店・支所 Nominee 口座名義人			

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

※会社から証明が受けられない場合でも、
労災請求はできますので、最寄りの都道府県労働局
または労働基準監督署にご相談ください。

障害補償給付・複数事業労働者障害給付支給請求書(様式第10号(裏面))記入例

様式第10号(裏面)		複数の事業場で就業されている場合、「有」に○をつけ、事業場数を記入してください。 ここで記入された事業場ごとに様式第8号(通勤災害の場合は様式第16号の6)別紙1及び別紙3の作成が必要となります。 ただし、すでに休業(補償)等給付の請求時に別紙1及び別紙3を提出している場合は不要です。	
⑪その他就業先の有無			
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)	
		労働保険事務組合又は特別加入団体の名称	
労働保険番号(特別加入)		加入年月日 年 月 日	
		給付基礎日額 円	

[注意]

- 1 ※印欄には記載しないこと。
- 2 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 3 ③の労働者の「所属事業場名称・所在地」欄には、労働者の直接所受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。
- 4 ⑦には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間中の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)。
- 5 ⑧には、負傷又は発病の日以前1年間(雇入後1年に満たない者については、雇入後の期間)に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を超える期間ごとに支払われる賃金の総額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)。
- 6 請求人(申請人)が傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金を受けていた者であるときは、
 - (1) ①、④及び⑥には記載する必要がないこと。
 - (2) ②には、傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
 - (3) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 7 請求人(申請人)が特別加入者であるときは、
 - (1) ⑦には、その者の給付基礎日額を記載すること。
 - (2) ⑧は記載する必要がないこと。
 - (3) ④及び⑥の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
 - (4) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 8 ⑯については、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の支給を受けることとなる場合において、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の払渡しを金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)から受けることを希望する者にあつては「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄に、それぞれ記載すること。
なお、郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振込によらないときは、「預金通帳の記号番号」の欄は記載する必要はないこと。
- 9 「個人番号」の欄については、請求人(申請人)の個人番号を記載すること。
- 10 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「請求人(申請人)の氏名」欄の下の□にレ点を記入すること。
- 11 ⑭「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。
- 12 複数事業労働者障害年金の請求は、障害補償年金の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされること。
- 13 ⑭「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者障害年金の請求はないものとして取り扱うこと。
- 14 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、障害補償年金のみで請求されることとなること。

複数の事業場で就業されている場合で、かつ特別加入している場合に記入してください。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
		() —	

遺族補償年金・複数事業労働者遺族年金支給請求書(様式第12号(表面))記入例

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する
部分です。

※会社から証明が受けられない場合でも、
労災請求はできますので、最寄りの都道府県労働局
または労働基準監督署にご相談ください。

遺族補償年金・複数事業労働者遺族年金支給請求書(様式第12号(裏面))記入例

様式第12号(裏面)

		⑩その他就業先の有無	
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない) 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称	
労働保険番号(特別加入)		加入年月日 年 月 日 基礎日額 円	
<p>(注意)</p> <p>1 ※印欄には記載しないこと。 2 事項を選択する場合には該当する 3 ③の死亡労働者の「所属」 受けている場合に、死亡〇をつけ、事業場数を記入してください。 4 ⑦には、平均賃金の算定 に相当する額がその期間 中の賃金とみなして算定 を記載すること(様式第8号) 5 ⑧には負傷又は発病の日 12条第4項の3箇月を超 添付すること。ただし、 6 死亡労働者が傷病補償年 (1) ①、④及び⑥には記載する必要がないこと。 (2) ②には、傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。 (3) 事業主の証明を受ける必要がないこと。 7 死亡労働者が特別加入者であった場合には、 (1) ⑦にはその者の給付基礎日額を記載すること。 (2) ⑧は記載する必要がないこと。 (3) ④及び⑥の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。 (4) 事業主の証明を受ける必要がないこと。 8 ⑨から⑫までに記載することができない場合には、別紙を付して所要の事項を記載すること。 9 この請求書(申請書)には、次の書類その他の資料を添えること。ただし、個人番号が未提出の場合を除き、(2)、(3)及び(5)の書類として住民票の写しを添える必要はないこと。 (1) 労働者の死亡に関する市町村長に提出した死診断書、死体検査書若しくは検視調書に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類 (2) 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族と死亡労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本(請求人(申請人)又は請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族が死亡労働者と婚姻の届出をしていないが事實上婚姻關係と同様の事情にあつた者であるときは、その事實を証明することができる書類) (3) 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族(労働者の死亡の当時胎児であった子を除く。)が死亡労働者の収入によって生計を維持していたことを証明することができる書類 (4) 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族のうち労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にある者については、その事實を証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料 (5) 請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族のうち、請求人(申請人)と生計を同じくしている者については、その事實を証明することができる書類 (6) 障害の状態にある妻については、労働者の死亡の時以後障害の状態にあつたこと及びその障害の状態が生じ、又はその事情がなくなつた時を証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料 10 ⑬については、次により記載すること。 (1) 遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金の支給を受けることとなる場合において、遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金の払渡しを金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)から受けることを希望する者にあつては「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金の払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄に、それぞれ記載すること。 なお、郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振込によらないときは、「預金通帳の記号番号」の欄は記載する必要はないこと。 (2) 請求人(申請人)が2人以上ある場合において代表者を選任しないときは、⑩の最初の請求人(申請人)について記載し、その他の請求人(申請人)については別紙を付して所要の事項を記載すること。</p> <p>11 「個人番号」の欄については、請求人(申請人)の個人番号を記載すること。 12 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「請求人(申請人)の氏名」欄の下の□にレ点を記入すること。 13 ⑩「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。 その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。 14 複数事業労働者遺族年金の請求は、遺族補償年金の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかつものとみなされること。 15 ⑩「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者遺族年金の請求はないものとして取り扱うこと。</p>			
社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示		氏名 () —

遺族補償一時金・複数事業労働者遺族一時金支給請求書(様式第15号(表面))記入例

様式第15号(表面)

通勤災害の場合は様式第
16号の9

労働者災害補償保険
遺族補償一時金
支給請求書
複数事業労働者遺族一時金
支給申請書
遺族特別支給金
支給申請書
遺族特別一時金

男性は「男」女性
は「女」に○をして下さい。

① 労働保険番号				③ フリガナ	Name(Katakana)	④ 負傷又は発病年月日
府県	所掌	管轄	基幹番号	死 氏名	Name	date of injury or attack
				生年月日	Birthday	年 月 日
② 年金証書の番号				⑤ 労働者	職種	午前 時 分頃
西暦年	番	号	枝番号	所属事業場 名 所在 地	Occupational category	⑥ 死亡年月日
						date of wound recovered
⑥ 災害の原因及び発生状況				(a) どのような場所で (b) どのような作業をしているときに (c) どのような物又は環境に (d) どのような不安全な又は有害な状態があつて (e) どのような災害が発生したかを簡明に記載すること		
				The cause of the disaster and the outback situation		

不明な場合は事業場に記入を依頼して下さい。

災害が発生した場所、そのときの作業内容、状況を明確にして下さい。

年 月 日

事業主証明欄

電話() -

〒 -

事業の名称

事業場の所在地

事業主の氏名

⑨ 請 求 人 人	フリガナ 氏名 Name	生年月日 Birthday	フリガナ 住 Address 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
	Clement's	年 月 日			Relation to worker
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

⑩ 添付する書類その他の資料名

請求人の氏名、生
年月日、住所、被
災者との関係、障
害の有無を記載し
て下さい。

遺族補償一時金
複数事業労働者遺族一時金
遺族特別支給金
遺族特別一時金

上記により

A zip code 〒 - Telephone () -

方

Date of application 年 月 日	Claimant's 劳働基準監督署長 噴	請求人 申請人 (代表者) の住 所 Name 氏名
Financial institution or post office where transfer of pension is hoped		
振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号
Name 銀行・金庫 農協・漁協・信組		普通・当座 第 Account number 口座名義人 Nominee
Branch name	本店・本所 出張所 支店・支所	

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

※会社から証明が受けられない場合でも、
労災請求はできますので、最寄りの都道府県労働局
または労働基準監督署にご相談ください。

遺族補償一時金・複数事業労働者遺族一時金支給請求書(様式第15号(裏面))記入例

様式第15号(裏面)		複数の事業場で就業されている場合、「有」に○をつけ、事業場数を記入してください。 ここで記入された事業場ごとに様式第8号(通勤災害の場合は様式第16号の6)別紙1及び別紙3の作成が必要となります。 ただし、すでに休業(補償)等給付の請求時に別紙1及び別紙3を提出している場合は不要です。		
⑪その他就業先の有無				
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)		
		労働保険事務組合又は特別加入団体の名称		
労働保険番号(特別加入)		加入年月日	年	月
				日
		給付基礎日額	円	

[注意]

- 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- ②には、死亡労働者の傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
- ③の死亡労働者の所属事業場名称・所在地欄には、死亡労働者が直接所属していた事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に記載すること。
- 平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たない場合は、(1)に記載すること。
- ⑧には負傷又は発病の日以前1年間(雇入後1年に満たない者については雇入後の期間)に支払われた労働基準法第12条第4項に規定する賃金の総額を記載すること。
- 死亡労働者が休業補償給付、複数事業労働者休業給付及び休業特別支給金の支給を受けていなかった場合又は死亡労働者に關し遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金が支給されていなかった場合には、(1)の平均賃金の算定内訳及び(2)の特別給与の総額(年額)の算定内訳を別紙(様式第8号の別紙1)に内訳を記載し使用すること。)を付して記載すること。ただし、既に提出されている場合を除く。
- 死亡労働者に關し遺族補償年金若しくは複数事業労働者遺族年金が支給されていた場合又は死亡労働者が傷病補償年金若しくは複数事業労働者傷病年金を受けていた場合には、
 - ①、④及び⑥には記載する必要がないこと。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 死亡労働者が特別加入者であった場合には、
 - ⑦にはその者の給付基礎日額を記載すること。
 - ⑨には記載する必要がないこと。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- ⑨及び⑩の欄に記載することができない場合には、別紙を付して所要の事項を記載すること。
- この請求書(申請書)には、次の書類を添えること。
 - 請求人(申請人)が死亡した労働者と婚姻の届出をしていないが事實上婚姻關係と同様の事情にあつた者であるときは、その事實を証明することができる書類
 - 請求人(申請人)が死亡した労働者の収入によって生計を維持していた者であるときは、その事實を証明することができる書類
 - 労働者の死亡の当時遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族がない場合の遺族補償一時金若しくは複数事業労働者遺族一時金の支給の請求又は遺族特別支給金若しくは遺族特別一時金の支給の申請であるときは、次の書類
 - 労働者の死亡に關して市町村長に提出した死亡診断書、死体検査書若しくは検視調査書に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類
 - 請求人(申請人)と死亡した労働者との身分關係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本((1)の書類を添付する場合を除く。)
 - 遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受ける権利を有する者の権利が消滅し、他に遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族がない場合の遺族補償一時金若しくは複数事業労働者遺族一時金の支給の請求又は遺族特別一時金の支給の申請であるときは、(3)のロの書類((1)の書類を添付する場合を除く。)
- 死亡労働者が特別加入者であった場合には、④及び⑥の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
- ⑪の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。
- 複数事業労働者遺族一時金の請求は、遺族補償一時金の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかつたものとみなされること。
- ⑫「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者遺族一時金の請求はないものとして取り扱うこと。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
		()	—

葬祭料又は複数事業労働者葬祭給付請求書(様式第16号(表面))記入例

通勤災害の場合は様式第 16号の10																																																																									
様式第16号(表面)		業務災害用 複数業務要因灾害用																																																																							
労働者災害補償保険 葬祭料又は複数事業労働者葬祭給付請求書																																																																									
<table border="1"> <tr> <td colspan="4">① 労働保険番号</td> <td>③ フリガナ 氏名</td> <td>Name(Katakana)</td> </tr> <tr> <td>府県</td><td>所掌</td><td>管轄</td><td>基幹番号</td><td>枝番号</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>Workers' compensation insurance number</td><td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		① 労働保険番号				③ フリガナ 氏名	Name(Katakana)	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号						Workers' compensation insurance number				<table border="1"> <tr> <td colspan="4">② 年金証書の番号</td> <td>④ フリガナ 死亡者氏名</td> <td>Name(Katakana)</td> </tr> <tr> <td>管轄局</td><td>種別</td><td>西暦年</td><td>番号</td> <td></td> <td>(男・女)</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>Birthday</td> <td>年月日(歳)</td> </tr> </table>		② 年金証書の番号				④ フリガナ 死亡者氏名	Name(Katakana)	管轄局	種別	西暦年	番号		(男・女)					Birthday	年月日(歳)	<table border="1"> <tr> <td colspan="4">⑤ 負傷又は発病年月日</td> <td>⑥ 災害の原因及び発生状況</td> </tr> <tr> <td colspan="4">年月日</td> <td>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簡明に記載すること</td> </tr> <tr> <td colspan="4">date of injury or attack 午前後時分頃</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑦ 死亡年月日</td> <td>date of death 年月日</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td>⑧ 平均賃金</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td>Average wages 円 錢</td> </tr> </table>		⑤ 負傷又は発病年月日				⑥ 災害の原因及び発生状況	年月日				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簡明に記載すること	date of injury or attack 午前後時分頃					⑦ 死亡年月日				date of death 年月日					⑧ 平均賃金					Average wages 円 錢
① 労働保険番号				③ フリガナ 氏名	Name(Katakana)																																																																				
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号																																																																					
			Workers' compensation insurance number																																																																						
② 年金証書の番号				④ フリガナ 死亡者氏名	Name(Katakana)																																																																				
管轄局	種別	西暦年	番号		(男・女)																																																																				
				Birthday	年月日(歳)																																																																				
⑤ 負傷又は発病年月日				⑥ 災害の原因及び発生状況																																																																					
年月日				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簡明に記載すること																																																																					
date of injury or attack 午前後時分頃																																																																									
⑦ 死亡年月日				date of death 年月日																																																																					
				⑧ 平均賃金																																																																					
				Average wages 円 錢																																																																					
<p>災害が発生した場所、そのときの作業内容、状況を明確にして下さい。</p> <p>The cause of the disaster and the outback situation</p>				<p>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。</p> <p>電話() -</p>																																																																					
<p>事業の名称 事業主証明欄 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)</p>				<p>年月日</p>																																																																					
⑨ 添付する書類その他の資料名		Name of appended document																																																																							
<p>上記により葬祭料又は複数事業労働者葬祭給付の支給を請求します。 年月日</p>				<p>Date of application A zip code 〒 - Telephone 電話() -</p>																																																																					
<p>Claimant's 請求人の住所 Address 労働基準監督署長 殿</p>				<p>氏名 Name</p>																																																																					
<p>Financial institution or post office where transfer of pension is hoped 振込を希望する金融機関の名称</p>				<p>預金の種類及び口座番号 Account number 普通・当座 第 号 Nominee 口座名義人</p>																																																																					
<table border="1"> <tr> <td>Name</td> <td>銀行・金庫 農協・漁協・信組</td> <td>Branch name</td> <td>本店・本所 出張所 支店・支所</td> </tr> </table>		Name	銀行・金庫 農協・漁協・信組	Branch name	本店・本所 出張所 支店・支所																																																																				
Name	銀行・金庫 農協・漁協・信組	Branch name	本店・本所 出張所 支店・支所																																																																						

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

※会社から証明が受けられない場合でも、
労災請求はできますので、最寄りの都道府県労働局
または労働基準監督署にご相談ください。

葬祭料又は複数事業労働者葬祭給付請求書(様式第16号(裏面))記入例

様式第16号(裏面)

複数の事業場で就業されている場合、「有」に○をつけ、事業場数を記入してください。
ここで記入された事業場ごとに様式第8号(通勤災害の場合は様式第16号の6)別紙1及び別紙3の作成が必要となります。
ただし、すでに休業(補償)等給付の請求時に別紙1及び別紙3を提出している場合は不要です。

⑩その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない) 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
	労働保険番号(特別加入)	加入年月日 年 月 日
	給付基礎日額	円

〔注意〕

- 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- ②には、死亡労働者の傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金に係る年金証書の記載すること。
- ③の死亡労働者の所属事業場名称・所在地欄には、死亡労働者が直接所属していた場合に、死亡労働者が直接所属していた支店、工事現場等を記載すること。
- 平均賃金の算定期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれる額がその期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に満たない場合に記載すること。(様式第8号の別紙1に内訳を記載する場合を除く。)
- 死亡労働者に関し遺族補償給付若しくは複数事業労働者遺族給付が支給されていた場合又は死亡労働者が傷病補償年金若しくは複数事業労働者傷病年金を受けていた場合には、①、⑤及び⑥は記載する必要がないこと。事業主の証明は受け取る必要がないこと。
- 死亡労働者が特別加入者であった場合は、⑧にはその者の給付基礎日額を記載すること。
- この請求書には、労働者の死亡に関して市町村長に提出した死亡診断書、死体検査書若しくは検視調書に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類を添えること。
- 死亡労働者が特別加入者であった場合には、⑤及び⑥の事項を証明することができる書類を添付すること。
- 遺族補償給付又は複数事業労働者遺族給付の支給の請求書が提出されている場合には、7及び8による書類の添付は必要でないこと。
- ⑩の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。
- 複数事業労働者葬祭給付の請求は、葬祭料の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかつたものとみなされることがあること。
- ⑩「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者葬祭給付の請求はないものとして取り扱うこと。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			() —

介護(補償)等給付支給請求書(様式第16号の2の2)記入例

各給付の請求様式の種類及び提出先

給付の種類	業務災害 複数業務要因災害 通勤災害 の別	請求書の名称	様式番号	提出先
療養(補償)等給付	業務災害 複数業務要因災害	療養補償給付及び複数事業労働者 療養給付たる療養の給付請求書	5号	病院や薬局等を経て所轄 労働基準監督署長
	通勤災害	療養給付たる療養の給付請求書	16号の3	
	業務災害 複数業務要因災害	療養補償給付及び複数事業労働者 療養給付たる療養の費用請求書	7号	
	通勤災害	療養給付たる療養の費用請求書	16号の5	
休業(補償)等給付	業務災害 複数業務要因災害	休業補償給付・複数事業労働者 休業給付支給請求書	8号	所轄労働基準監督署
	通勤災害	休業給付支給請求書	16号の6	
障害(補償)等給付	業務災害 複数業務要因災害	障害補償給付・複数事業労働者 障害給付支給請求書	10号	所轄労働基準監督署
	通勤災害	障害給付支給請求書	16号の7	
遺族(補償)等給付	業務災害 複数業務要因災害	遺族補償年金・複数事業労働者 遺族年金支給請求書	12号	所轄労働基準監督署
	通勤災害	遺族年金支給請求書	16号の8	
	業務災害 複数業務要因災害	遺族補償一時金・複数事業労働者 遺族一時金支給請求書	15号	
	通勤災害	遺族一時金支給請求書	16号の9	
葬祭料等(葬祭給付)	業務災害 複数業務要因災害	葬祭料又は複数事業労働者 葬祭給付請求書	16号	
	通勤災害	葬祭給付請求書	16号の10	
介護(補償)等給付		介護補償給付・複数事業労働者 介護給付支給請求書	16号の2の2	