

## គំរូបំពេញនៃពាក្យស្នើរសុំនិមួយៗ

1. ពាក្យស្នើរសុំការឧបត្ថម្ភព្យាបាល (ទម្រង់លេខ 5)
2. ពាក្យស្នើរសុំការឧបត្ថម្ភចំណាយព្យាបាល (ទម្រង់លេខ 7)
3. ពាក្យស្នើរសុំប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំណងឈប់សម្រាក (ទម្រង់លេខ 8)
4. ពាក្យស្នើរសុំប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំណងពិការភាព (ទម្រង់លេខ 10)
5. ពាក្យស្នើរសុំប្រាក់បើកផ្តាច់សំណងគ្រួសារ (ទម្រង់លេខ 15)
6. ពាក្យស្នើរសុំប្រាក់សោធន៍និវត្តន៍សំណងគ្រួសារ (ទម្រង់លេខ 12)
7. ពាក្យស្នើរសុំប្រាក់ធ្វើបុណ្យសព (ទម្រង់លេខ 16)
8. ពាក្យស្នើរសុំប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំណងសម្រាប់ការថែទាំ(ទម្រង់ទី 2 នៃ 2 នៃ លេខ 16)

# ក្របខណ្ឌនៃពាក្យស្នើសុំការឧបត្ថម្ភព្យាបាល (ទម្រង់លេខ 5)

សម្រាប់គ្រោះថ្នាក់ពេលធ្វើ ឯកសារទម្រង់លេខ 5 ទម្រង់ ទី3នៃលេខ16

■ 様式第 5 号(表面) 労働者災害補償保険 裏面に記載してある注意 業務災害用 事項をよく読んで、記入してください。

標準字体 アイウエオカキクケコ サシスセソタチツテトナニ ネノヒフヘホマミムモモヨ ラリルレロワン											
1. 労働局		2. 支店		3. 支部		4. 受付年月日		5. 不支給決定年月日			
590		1									
6. 業務災害用				7. 労働者				8. 労働者			
9. 労働者の生年月日				10. 労働者又は発病年月日				11. 再発年月日			
12. 氏名				13. 職名				14. 氏名			
15. 職業				16. 職業				17. 職業			
18. 災害の原因及び発生状況											
19. 指定病院等の名称											
20. 傷病の部位及び状態											
21. 事業の名称											
22. 事業場の所在地											
23. 事業主の氏名											
24. 労働者の所属事業場の名称・所在地											
25. 労働基準監督署長											
26. 病診療所											
27. 請求人											

ក្នុងករណីស្រពេញស្រពិល សូម ធ្វើអោយក្រុមហ៊ុនជួយបំពេញ។

បំពេញឈ្មោះថ្នាក់ ដោយលំដាប់លំដោយ  
ឈ្មោះ: Showa 5 Heisei 7 Reiwa 9

សូមបំពេញឆ្នាំនិងឈ្មោះបស់ មុកដែលបាននឹងការពិតនៃគ្រោះ ថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង។

សូមបំពេញ «1» ចំពោះបុរស «3» ចំពោះស្ត្រី

បំពេញនាមនិងគោត្តនាម ជាភាសាកាណា ដោយទុក ចន្លោះចំហ 1 ប្រលោះ។

- ① នៅទីណា
- ② ក្នុងស្ថានភាពដូចម្តេច
- ③ នៅពេលធ្វើការងារអ្វី
- ④ ដោយសារមូលហេតុអ្វី
- ⑤ សូមបញ្ជាក់អោយច្បាស់ថាគោរម គ្រោះថ្នាក់ដូចម្តេចកើតឡើង។

ថ្លែងលម្អិតស្នើសុំត្រូវ បំពេញដោយខ្លួនឯង។

ថ្លែងលម្អិតស្នើសុំត្រូវ បំពេញ។

\* ក្នុងករណីមិនអាចសុំការបញ្ជាក់ពី ក្រុមហ៊ុនបាន សូមប្រឹក្សាជាមួយ ការិយាល័យដែលត្រូវនាគ។

គំរូបំពេញនៃពាក្យស្នើសុំថ្លៃចំណាយលើការព្យាបាល(ទម្រង់លេខ7(1)(ខាងមុខ))

សម្រាប់គ្រោះថ្នាក់ពេលធ្វើ  
ដំណើរទៅមកពីទីការ ទម្រង់  
ទី5នៃលេខ16 (1)

業務災害用  
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	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
アイウエオ	カキクケコ
ネノハヒフ	テトナニ
ネノハヒ	ラリルレロ
ワ	ン

① 管轄局署 ② 業種別 ③ 受付年月日 加入者 審査コード  
 ※ 34260 1 1業 1日 1車住  
 3通 3労 3未支站  
 5 5 5未未

③ 労働者番号 ④ 管轄局 ⑤ 種類 ⑥ 西暦年 ⑦ 番号

⑧ 労働者の性別 ⑨ 労働者の生年月日 ⑩ 傷又は発病年月日 ⑪ 店番

⑫ 氏名 ⑬ 住所 ⑭ 郵便番号 ⑮ 労働者の電話番号

⑯ 傷又は発病の内容 ⑰ 療養の内容 ⑱ 療養期間 ⑲ 療養の経緯 ⑳ 療養の費用 ㉑ 費用の別 ㉒ 療養期間の初日 ㉓ 療養期間の末日 ㉔ 診察実日数 ㉕ 転帰事由

⑳の者については、㉑並びに裏面の(ス)及び(ア)に記載したとおりであることを証明します。

㉑ 事業の所在地 ㉒ 事業場の所在地 ㉓ 事業主の氏名 ㉔ 電話番号

㉕ 療養の内容 (イ)期間 ㉖ 療養の経緯 (ウ)療養の費用 (エ)費用の別

㉗ 療養期間の初日 ㉘ 療養期間の末日 ㉙ 診察実日数 ㉚ 転帰事由

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。

請求人の氏名 住所 電話番号

労働基準監督署長 殿

この申請は、労働基準監督署に提出されるものとして提出してください。

※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

曲げる場合には(カ)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

① 労働者番号 ② 管轄局 ③ 種類 ④ 西暦年 ⑤ 番号

⑥ 労働者の性別 ⑦ 労働者の生年月日 ⑧ 傷又は発病年月日 ⑨ 店番

⑩ 氏名 ⑪ 住所 ⑫ 郵便番号 ⑬ 労働者の電話番号

⑭ 傷又は発病の内容 ⑮ 療養の内容 ⑯ 療養期間 ⑰ 療養の経緯 ⑱ 療養の費用 ⑲ 費用の別 ⑳ 療養期間の初日 ㉑ 療養期間の末日 ㉒ 診察実日数 ㉓ 転帰事由

⑳の者については、㉑並びに裏面の(ス)及び(ア)に記載したとおりであることを証明します。

㉑ 事業の所在地 ㉒ 事業場の所在地 ㉓ 事業主の氏名 ㉔ 電話番号

㉕ 療養の内容 (イ)期間 ㉖ 療養の経緯 (ウ)療養の費用 (エ)費用の別

㉗ 療養期間の初日 ㉘ 療養期間の末日 ㉙ 診察実日数 ㉚ 転帰事由

上記により療養補償給付たる療養の費用の支給を請求します。

請求人の氏名 住所 電話番号

労働基準監督署長 殿

この申請は、労働基準監督署に提出されるものとして提出してください。

※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

曲げる場合には(カ)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

ថ្លៃកែលម្អកម្មវិធីសុំផ្តល់  
បំពេញដោយខ្លួនឯង។

កន្លែងបំពេញរបស់ស្ថាប័ន  
រដ្ឋសង្គម។

ថ្លៃកែលម្អក្រុមហ៊ុន  
បំពេញ។

\*ក្នុងករណីមិនអាចសុំការបញ្ជាក់ពី  
ក្រុមហ៊ុនបាន សូមប្រឹក្សាជាមួយ  
ការិយាល័យដែលត្រូវទាក់។

# គំរូបំពេញនៃពាក្យស្នើសុំថ្លៃចំណាយលើការព្យាបាល(ទម្រង់លេខ7(1)(ខាងក្រោយ))

様式第7号(1)(甲)

労働者の所属事業場の名称・所在地 <b>អាស័យដ្ឋាន</b>	(×) 災害又は発生の時刻 午前 午後 時 分頃 <b>ពេលវេលា</b>	災害発生の事実を確認した者の氏名 <b>ឈ្មោះ</b>	職名 <b>តំណាង</b>
	7) 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)どのような不安全又は有害な状態があつて(は)どのような災害が発生したか(か)①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		

សូមបំពេញតួនាទីនិងឈ្មោះរបស់អ្នកដែលបានដឹងការពិតនៃគ្រោះថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង។

មូលហេតុនិងស្ថានភាពកើតឡើងនៃគ្រោះថ្នាក់

## 療養の内訳及び金額

診療内容	回数(点)	診療内容	金額	摘要
初診 時間外・休日・深夜		初診	円	
再診 外来診療料	× 回	再診	円	
継続管理加算	× 回	指導	円	
外来管理加算	× 回	その他	円	
時間外	× 回	食事(基準)		
休日	× 回	円× 日間	円	
深夜	× 回	円× 日間	円	
指導		小計	円	
在宅 往診	回	②		摘要
夜間	回			
緊急・深夜	回			
在宅患者訪問診療	回			
その他	回			
薬剤	回			
内服薬	単位			
調剤	× 回			
外用薬	単位			
調剤	× 回			
処方	× 回			
麻薬	× 回			
調剤	× 回			
注射	回			
皮下筋内	回			
静脈内	回			
その他	回			
処置	回			
薬剤	回			
手術	回			
麻酔	回			
検査	回			
薬剤	回			
画像	回			
診断	回			
その他	回			
処方せん	回			
薬剤	回			
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		
	特定入院料・その他			
小計	点①	円	合計金額	円

- ①នៅទីណា
- ②ក្នុងស្ថានភាពដូចម្តេច
- ③នៅពេលធ្វើការងារអ្វី
- ④ដោយសារមូលហេតុអ្វី
- ⑤សូមបង្ហាញអោយច្បាស់ថាគឺមានគ្រោះថ្នាក់ដូចម្តេចកើតឡើង។

①には、該当する事項を○で囲むこと。  
②は、その費用についての明細書及び看護移送等を  
前記書添えること。  
③の休業の期間をも記入すること。  
④の投資の期間を一括適用の取扱いを受けている場  
所を添える支店、工事現場等を記載すること。

គំរូបំពេញរបស់ស្ថាប័នបច្ចេកទេសសុខាភិបាល (សូមបំពេញអំពីខ្លឹមសារនៃការព្យាបាល និងទឹកប្រាក់។)

- 一、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
- 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
- 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  
①(ア)及び(イ)から(ウ)までは記載する必要がないこと。  
②(エ)及び(オ)は、災害発生の事実を記載した者(確認した者が多数あるときは最初  
に発見した者)を記載すること。  
③(カ)及び(キ)は「第二回以後の請求の場合には事業主の証明は必要がないこと。  
第二回以後の請求が離職後である場合には事業主の証明は必要がないこと。」  
④(ク)及び(ケ)は、傷病又は診療所に係る療養の費用を請求する場合の  
注意事項  
⑤(ア)及び(イ)から(ウ)までは記載する必要がないこと。  
⑥(エ)及び(オ)は、事業主の証明は必要がないこと。  
⑦(カ)及び(キ)は、事業主の証明は必要がないこと。  
⑧(ク)及び(ケ)は、傷病又は診療所に係る療養の費用を請求する場合の  
注意事項  
⑨(ア)及び(イ)から(ウ)までは記載する必要がないこと。  
⑩(エ)及び(オ)は、事業主の証明は必要がないこと。  
⑪(カ)及び(キ)は、事業主の証明は必要がないこと。  
⑫(ク)及び(ケ)は、傷病又は診療所に係る療養の費用を請求する場合の  
注意事項
- 四、事業主の証明は必要がないこと。  
①(ア)及び(イ)から(ウ)までは記載する必要がないこと。  
②(エ)及び(オ)は、事業主の証明は必要がないこと。  
③(カ)及び(キ)は、事業主の証明は必要がないこと。  
④(ク)及び(ケ)は、傷病又は診療所に係る療養の費用を請求する場合の  
注意事項

派遣元事業主が証明する事項 (表面の①並びに(×)及び(ア)) の記載内容について事実と相違ないことを証明します。

事業の名称: \_\_\_\_\_ 電話( ) - \_\_\_\_\_

年月日: \_\_\_\_\_ 事業場の所在地: \_\_\_\_\_ 〒 - \_\_\_\_\_

事業主の氏名: \_\_\_\_\_ 印

(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	加字	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
--------------------	-----	----	--------------------	----------------------	----	------

# គំរូបំពេញនៃពាក្យស្នើសុំប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំណងឈប់សម្រាក (ទម្រង់លេខ 8)

**様式第8号(表面) 労働者災害補償保険 業務災害用 休業補償給付支給請求書 第 号**  
**標準字体** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 -  
 サ シ セ ソ タ チ ツ テ ト ナ ニ ヌ  
 メ モ ヤ ヨ ヲ ラ リ ル レ ロ ワ ン

សម្រាប់ប្រគល់ជូនភ្នាក់ងារ  
 ដំណើរទោសករណីធ្វើការ  
 ទម្រង់ទី១៤លេខ១៦

① 管轄局署 ③ 新継別 ④ 受付年月日  
 ※ 34360 1新 5継 7再 1業 1自 1日  
 3連 3労 5他 1日

⑤ 労働者の性別 ⑥ 労働者の生年月日  
 1男 2女 3小児 1期 2期 3期  
 1期 2期 3期 1期 2期 3期

⑦ 労働者の住所  
 〒 111-1111 東京都 千代田区 1-1-1

⑧ 労働者の直接所属事業場名称所在地  
 〒 111-1111 東京都 千代田区 1-1-1

⑨ 傷病の部位及び傷病名  
 ⑩ 療養の期間  
 ⑪ 療養の現況  
 ⑫ 診察担当者の証明

⑬ 請求人  
 請求人 申請人  
 住所 氏名  
 〒 111-1111 東京都 千代田区 1-1-1

労働基準監督署長 殿

សូមបំពេញ «1» ចំពោះបុរស «3» ចំពោះស្ត្រី  
 បំពេញឈ្មោះឆ្នាំ ខែ តាមលេខរៀង។  
 ឈ្មោះឆ្នាំ : Showa 5  
 Heisei 7  
 Reiwa 9

សូមបំពេញ «1» ក្នុង ករណីគណនីធម្មតា «3» ក្នុងករណីគណនី ចារឹក។

ក្នុងករណីស្រពោលស្រព័ន្ធ សូមស្នើអោយគ្រូមហ៊ុន ជួយបំពេញ។

សូមបំពេញកំឡុងពេល ដែលមិនអាចធ្វើការ ដោយសារការព្យាបាល (19) និងចំនួនថ្ងៃដែល មិនបានទទួលកំរៃ (20)។

ចំពោះ 23 24 25 និង ឈ្មោះ ផានាកា ឈ្មោះគណនី ខាង ឆ្វេង សូមបំពេញក្នុង ករណីផ្តល់គណនីដំបូង ឬ ប្តូរគណនីដែលបានផ្តល់។

ក្នុងករណីចុះហត្ថលេខា ដោយខ្លួនឯង មិនចាំបាច់ បោះត្រាក៏បាន។

この申請書は、労働者災害補償保険（労働者災害補償法）に基づき、労働者が業務災害に遭った場合に、休業補償給付を受けるための申請書です。労働者が業務災害に遭った場合は、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。

① 傷病の部位及び傷病名  
 ② 療養の期間  
 ③ 療養の現況  
 ④ 診察担当者の証明

ថ្ងៃកន្លែងអ្នកស្នើសុំត្រូវ បំពេញដោយខ្លួនឯង។

កន្លែងបំពេញរបស់ស្ថាប័ន អនុញ្ញាត។

ថ្ងៃកន្លែងគ្រូមហ៊ុនត្រូវ បំពេញ។

※ ក្នុងករណីមិនអាចសុំការបញ្ជាក់ពី គ្រូមហ៊ុនបាន សូមប្រើក្បាច់មួយ ការិយាល័យដែលត្រូវដាក់។

# គំរូបំពេញនៃពាក្យស្នើសុំប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំណងពីការភាព (ទម្រង់លេខ 10)

様式第10号 (表面)

労働者災害補償保険

## 障害補償給付支給請求書 障害特別支給年金支給申請書

សូមបំពេញនៅកន្លែង« ប្រុស » ចំពោះមនុស្សប្រុស នៅកន្លែង« ប្រុស » ចំពោះមនុស្សស្រី

業務災害用 សម្រាប់គ្រោះថ្នាក់ពេលធ្វើដំណើរទៅមកពីធ្វើការ ទម្រង់ទី7 លេខ 16		険番号 府 支 庁 市 町 村 番号 枝 番号		③ 氏名 姓 名 苗字 (男・女)		④ 負傷又は発病年月日 日 月 年	
労働者番号 労働者番号		⑤ 生年月日 日 月 年		⑥ 年齢 歳		⑦ 時間 午前 午後	
年金証書の番号 年金証書の番号		⑧ 住所 住所		⑨ 傷病の治癒した年月日 日 月 年		⑩ 平均賃金 円	
種別 種別		西暦年 西暦年		番号 番号		⑪ 特別給与の総額(年額) 円	
⑫ 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たときに(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		⑬ 特別支給の総額(年額) 円		⑭ 特別支給の総額(年額) 円		⑮ 特別支給の総額(年額) 円	
⑯ 原年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード 基礎年金番号・年金コード		⑰ 被保険者資格の取得年月日 取得年月日		⑱ 厚生年金保険法のイ、障害年金 国民年金法のイ、障害年金 船員保険法の障害年金		⑳ 障害厚生年金 障害厚生年金 障害基礎年金	
⑳ 当該傷病に関して支給される年金の種類等 支給されることとなった年月日		㉑ 障害等級 障害等級		㉒ 支給される年金の額 円		㉓ 支給されることとなった年月日 年 月 日	
㉔ 原年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード 基礎年金番号・年金コード		㉕ 所請年金事務所等 所請年金事務所等		㉖ 所請年金事務所等 所請年金事務所等		㉗ 所請年金事務所等 所請年金事務所等	
⑳、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗については、④、⑥から⑩まで並びに⑨の㉑及び㉕に記載したとおりであることを証明します。							
事業主の氏名 事業場の所在地 事業主の氏名							
⑲ 障害の部位及び状態 (診断書のとおり) ㉘ 既存障害がある場合にはその部位及び状態 診断書のとおり 既存障害がある場合にはその部位及び状態							
⑳ 添付する書類名 添付する書類名							
㉙ 年金の払戻しを希望する金融機関 年金の払戻しを希望する金融機関							
㉚ 障害補償給付の支給を請求します。 障害特別支給年金の支給を申請します。 障害特別一時金							
請求人の住所 請求人の住所							
請求人の氏名 請求人の氏名							
個人番号 個人番号							
振込を希望する金融機関の名称 振込を希望する金融機関の名称							
預金の種類及び口座名義人 預金の種類及び口座名義人							

ក្នុងករណីស្រពេចស្រពិល សូមស្នើអោយគ្រូមហ៊ុន ជួយបំពេញ។

សូមបង្ហាញអោយច្បាស់អំពី កន្លែង ខ្លឹមសារការងារ និងស្ថាន ភាពនៅពេលដែលគ្រោះថ្នាក់បាន កើតឡើង។

សូមបំពេញតែក្នុងករណី ដែលបានទទួលប្រាក់សោធន៍ នីតិវិធីសង្គមកិច្ចាល។ ចំពោះប្តីស្រីជំងឺធ្ងន់។

ក្នុងករណីចុះហត្ថលេខា ដោយខ្លួនឯង មិនចាំបាច់ បោះត្រាក៏បាន។

ផ្នែកដែលអ្នកស្នើសុំត្រូវ បំពេញដោយខ្លួនឯង។

ផ្នែកដែលគ្រូមហ៊ុនត្រូវ បំពេញ។

# គំរូបំពេញនៃពាក្យស្នើសុំប្រាក់សោធន៍និងត្រូវសំណងគ្រួសារ (ទម្រង់លេខ 12)

សម្រាប់គ្រោះថ្នាក់ពេលធ្វើ  
ដំណើរទៅមកពីភ្នំពេញ ទម្រង់ទី  
8 នៃលេខ 16

សូមបំពេញនៅកន្លែង  
« ប្រុស » ចំពោះមនុស្សប្រុស  
នៅកន្លែង « ប្រុស » ចំពោះ  
មនុស្សស្រី

遺族補償年金支給請求書  
遺族特別支給金支給申請書  
遺族特別年金

① 労働保険番号 府 県 所 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号 លេខតំណាងប៉ារ៉ាម៉ា		③ 氏名 姓 名 生 年 月 日 死 亡 年 月 日 個人番号 労働者の 前 職 事 業 種 別 前 職 事 業 種 別 及 位 置		④ 貴属又は死傷年月日 遺族又は死傷年月日 年 月 日 午前 午後 時 分 頃	
② 年金証書の番号 支 局 種 別 西 暦 年 番 号 枝 番 号		⑤ 死亡労働者の 前 職 事 業 種 別 前 職 事 業 種 別 及 位 置		⑥ 死亡労働者の 前 職 事 業 種 別 前 職 事 業 種 別 及 位 置	
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たときに(ろ)どのような物又は機械に(ハ)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				⑦ 平均賃金 円	
⑧ 特別給与の総額(年額) 円				⑨ 特別給与の総額(年額) 円	
⑩ 死亡労働者の厚年等の年金証書の 基礎年金番号・年金コード		⑪ 死亡労働者の被保険者資格の取得年月日 年 月 日		⑫ 当該死亡に関して支給される年金の種類 厚年等年金給付関係 厚年等年金給付関係 遺族年金 遺族厚生年金 国民年金法のイ 遺族年金 ロ 遺族厚生年金 国民年金法のイ 母子年金 ロ 準母子年金 ハ 遺児年金 ニ 寡婦年金 ホ 遺族基礎年金 船員保険法の遺族年金 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 所轄年金事務所等	
⑬ 事業の名称 事業場の所在地 事業主の氏名 電話 ( ) - ( ) - ( ) 〒 - ( ) - ( )					
⑭ 請求人 氏 名 生 年 月 日 住 所 死 亡 勞 働 者 上 の 関 係 障 害 の 有 無 請求人(申請人)の代表者を 委任しない場合は、その欄を 空欄とする					
⑮ 希望する 金融機関又は 郵便局 名 称 〒 番 号 所 在 地 預 金 通 帳 の 番 号					
⑯ 遺族補償年金の支給を請求します。 遺族特別支給金の支給を申請します。 遺族特別年金の支給を申請します。					

ក្នុងករណីស្រពេចស្រពិល  
សូមស្នើរអោយគ្រប់គ្រង  
ជួយបំពេញ។

សូមបំពេញអោយបាន  
ត្រឹមត្រូវ និងស្របគ្នា  
ក្នុងការបំពេញនៃ  
កិច្ចការនេះ។

សូមបំពេញក្នុង  
ករណីដែលបាន  
ទទួលប្រាក់សោធន៍  
និងត្រូវសំណង  
ក្នុងរយៈពេល  
ប្រាំបួនខែ។

សូមបំពេញឈ្មោះ ថ្ងៃខែ  
ឆ្នាំកំណើត អាសយដ្ឋាន  
ទំនាក់ទំនងជាមួយ  
មានគ្រោះថ្នាក់ ភាព  
មានពិការភាព  
នៃអ្នកស្នើសុំ។

សូមបំពេញអំពី  
គ្រួសារក្រៅពីអ្នកស្នើ  
សុំដែលអាចទទួល  
ប្រាក់សោធន៍និងត្រូវ  
សំណងគ្រួសារ។

សូមបំពេញ  
នៅកន្លែង  
មានក្នុងករណី  
មានពិការភាព  
នៅកន្លែង  
មានក្នុងករណី  
មានពិការភាព  
នៃអ្នកស្នើសុំ។

មានជីវភាពរួម  
គ្នាជាមួយអ្នក  
ស្នើសុំនៃរយៈពេល  
សូមបំពេញ  
នៅកន្លែង  
ជាមួយក្នុង  
ករណីមាន  
ជីវភាពរួមគ្នា  
« មិនមែន » ក្នុង  
ករណីខុសគ្នា។

ក្នុងករណីចុះហត្ថលេខា  
ដោយខ្លួនឯង មិនចាំបាច់  
បោះត្រាក់បាន។

ថ្ងៃដែលអ្នកស្នើសុំត្រូវ  
បំពេញខ្លួនឯង។

ថ្ងៃដែលគ្រប់គ្រងត្រូវ  
បំពេញ។

# តម្រូវពេញនៃពាក្យស្នើរសុំប្រាក់បើកផ្តាច់សំណងគ្រួសារ (ទម្រង់លេខ 15)

様式第15号(表面)

## 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 遺族特別一時金

សម្រាប់គ្រោះថ្នាក់ពេលធ្វើ  
ដំណើរទោមកពីធ្វើការ  
ទម្រង់ទី១១លេខ១៦

សូមបំពេញនៅកន្លែង  
« ប្រុស » ចំពោះមនុស្សប្រុស  
នៅកន្លែង « ប្រុស » ចំពោះ  
មនុស្សស្រី

ក្នុងករណីស្រពេចស្រពិល  
សូមស្នើរអោយក្រុមហ៊ុន  
ជួយបំពេញ។

សូមបំពេញអោយច្បាស់អំពី  
កន្លែង ខ្លឹមសារការងារ និងស្ថាន  
ភាពនៅពេលដែលគ្រោះថ្នាក់បាន  
កើតឡើង។

សូមបំពេញឈ្មោះ ថ្ងៃខែ  
ឆ្នាំកំណើត អាសយដ្ឋាន  
ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក  
មានគ្រោះថ្នាក់ ភាព  
មានពីការភាពប្តូរអត្ត  
នៃអ្នកស្នើសុំ។

ក្នុងករណីចុះហត្ថលេខា  
ដោយខ្លួនឯង មិនចាំបាច់  
បោះត្រាក់បាន។

① 労働保険番号 所管 管轄 基幹番号 枝番号 លេខតារាងបែងការងារ		③ 死亡者 氏名 生年月日 職种 所属事業場 所在地		② 負傷又は発病年月日 年月日 午前 午後 時 分 頃 ⑤ 死亡年月日 年月日	
② 年金証書の番号 種別 西暦年 番号 枝番号		④ 労働者の 氏名 生年月日 職种 所属事業場 所在地		⑦ 平均賃金 円 銭	
⑥ 災害の原因及び発生状況 (お)どのような場所でお)どのような作業をしていたときに(う)どのような物又は電機に(カ)どのような不安 全な又は有害な状態があった(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること				⑧ 特別給与の総額(年額) 円	
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。				電話 ( ) -	
事業の名称 年 月 <b>កន្លែងបញ្ជាក់របស់និយោជក</b> 円 -					
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)					
⑨ 氏名 姓 名 生年月日 住 所 死亡労働者 との関係		氏名 姓 名 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	
請求人 氏名 姓 名 生年月日 住 所 死亡労働者 との関係		請求人 氏名 姓 名 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	
⑩ 添付する書類その他の資料名					
上記により 遺族補償一時金の支給を請求します。 遺族特別支給金の支給を申請します。 遺族特別一時金					
遺族補償一時金 遺族特別支給金 遺族特別一時金		請求人 申請人 (代表者)		電話 ( ) -	
請求日 年 月 日		請求人の住所 氏名 姓 名		氏名 姓 名	
振込を希望する金融機関の名称 銀行・金庫 農協・漁協・信組			預金の種類及び口座番号 普通・当座 簿 口座名義人		

ផ្នែកដែលអ្នកស្នើសុំត្រូវ  
បំពេញដោយខ្លួនឯង។

ផ្នែកដែលក្រុមហ៊ុនត្រូវ  
បំពេញ។



# គំរូបំពេញនៃពាក្យស្នើសុំប្រាក់ធ្វើបុណ្យសព (ទម្រង់លេខ 16)

様式第16号(表面)  
業務災害用

សម្រាប់គ្រោះថ្នាក់ពេលធ្វើ  
ដំណើរទៅមកពីធ្វើការ  
ទម្រង់ទី 10 នៃលេខ 16

## 労働者災害補償保険 葬祭料請求書

សូមបំពេញនៅកន្លែង  
« ប្រុស » ចំពោះមនុស្សប្រុស  
នៅកន្លែង « ប្រុស » ចំពោះ  
មនុស្សស្រី

① 労働保険番号 府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 លេខបញ្ជាក់បំបែងការងារ		③ フリガナ 氏名 請求人 住所 死亡労働者との関係		④ フリガナ 死亡労働者の所属事業場の名称所在地	⑤ 負傷又は発病年月日 ⑦ 死亡年月日
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号		⑥ 死亡労働者の生年月日 職業種 所属事業場の名称所在地		⑧ 平均賃金	
④ フリガナ 死亡労働者の 氏名 生年月日 職業種 所属事業場の 名称所在地					⑤ 負傷又は発病年月日 ⑦ 死亡年月日
災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所で行ったどのような作業をしていたときに(ろ)どのような物又は環境に(を)どのような不安全な又は有害な状態があった(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること					⑧ 平均賃金
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。					⑧ 平均賃金
事業の名称 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)					円 銭
⑨ 添付する書類その他の資料名					
上記により葬祭料の支給を請求します。					
⑩ 請求年月日		請求人の住所		労働基準監督署長 殿	
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
銀行・金庫 農協・漁協・信組		本店・本所 出張所 支店・支所		普通・当座 口座名義人	

សូមបំពេញអោយច្បាស់អំពី  
កន្លែង ឪពុកម្តាយ ដឹងស្ថាន  
ភាពនៅពេលដែលគ្រោះថ្នាក់បាន  
កើតឡើង។

មូលហេតុនិងស្ថានភាពកើត  
ឡើងនៃគ្រោះថ្នាក់

ផ្នែកដែលម្ចាស់ស្នើសុំត្រូវ  
បំពេញខ្លួនឯង។

ផ្នែកដែលក្រុមហ៊ុនត្រូវ  
បំពេញ។

ក្នុងករណីចុះហត្ថលេខា  
ដោយខ្លួនឯង មិនចាំបាច់  
បោះត្រាក់បាន។

# ពាក្យស្នើសុំប្រាក់ឧបត្ថម្ភ(សំណង)សម្រាប់ការថែទាំ(ទម្រង់ទី 2 នៃ 2 នៃលេខ 16)

■ 様式第16号の2の2 (表面)

介護補償給付 労働者災害補償保険 標準字体 アカサタナハマヤ  
介護給付 支給請求書 01234イキシチニヒミ

សូមបំពេញ ០ នៅកន្លែង « ការថែទាំ » ដោយបំពេញប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ឬ នៅកន្លែង « ការថែទាំ » ដោយបំពេញប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ឬ នៅកន្លែង « ការថែទាំ » ដោយបំពេញប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ឬ នៅកន្លែង « ការថែទាំ » ដោយបំពេញប្រាក់ឧបត្ថម្ភ

※ 35290  
① 管轄局番 ② 受付年月日  
③ 特別コード  
④ 介護料区分 1有 3無

(注意) ⑤ 管轄局 | 種別 | 西暦年 | 番号  
⑥ 氏名 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左ヅメで記入してください。

ក្នុងករណីបានទទួលលិខិតបញ្ជាក់សោធន៍នីត្តន៍ សូមបំពេញលេខលិខិតបញ្ជាក់សោធន៍នីត្តន៍។

សូមបំពេញប្រភេទសោធន៍នីត្តន៍ដែលកំពុងទទួល ហើយបំពេញកំរិត

⑦ 生年月日  
⑧ 住所  
⑨ 介護に要する費用として介護を受けた日数  
⑩ 介護に要する費用として支出した費用の額  
⑪ 介護に要する費用として支出した費用の額  
⑫ 介護に要する費用として支出した費用の額

បំពេញលេខ: 9 (Showa7) Reiwa 9

សូមបំពេញចំនួនថ្ងៃដែលបានចំណាយប្រាក់ដើម្បីទទួលបានថែទាំ។

ចំពោះថ្ងៃខែឆ្នាំនិងឆ្នាំនៃការបំពេញកិច្ចការណ៍ផ្តល់សេវាថែទាំ ឬ ផ្តល់សេវាថែទាំដែលបានផ្តល់។

⑬ 介護に要する費用として支出した費用の額  
⑭ 介護に要する費用として支出した費用の額  
⑮ 介護に要する費用として支出した費用の額  
⑯ 介護に要する費用として支出した費用の額  
⑰ 介護に要する費用として支出した費用の額  
⑱ 介護に要する費用として支出した費用の額

※印の欄  
○裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には(4)の所を谷に折

⑲ 口座名義人 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左ヅメで記入してください。  
⑳ (続き) 口座名義人 (カタカナ)

សូមបំពេញ ០ នៅកន្លែង « ថែទាំ » ដោយបំពេញប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ឬ នៅកន្លែង « ថែទាំ » ដោយបំពេញប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ឬ នៅកន្លែង « ថែទាំ » ដោយបំពេញប្រាក់ឧបត្ថម្ភ

សូមបំពេញ ០ នៅកន្លែង « ថែទាំ » ដោយបំពេញប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ឬ នៅកន្លែង « ថែទាំ » ដោយបំពេញប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ឬ នៅកន្លែង « ថែទាំ » ដោយបំពេញប្រាក់ឧបត្ថម្ភ

(リ) 介護を受けた場所等  
(ロ) 介護に要した費用の額の証明書類 (通)

ចំពោះអ្នកដែលបានថែទាំអ្នក សូមបំពេញលេខ: ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ទំនាក់ទំនង កំឡុងពេល (ថ្ងៃខែឆ្នាំ) និងចំនួនថ្ងៃដែលបានថែទាំ

氏名	生年月日	続柄	介護期間・日数	介護料区分
	年 月 日		月 日から 月 日まで 日間	イ 親族 ロ 友人・知人 ハ 看護師・家政婦又は看護補助者 ニ 施設職員
	年 月 日		月 日から 月 日まで 日間	イ 親族 ロ 友人・知人 ハ 看護師・家政婦又は看護補助者 ニ 施設職員
	年 月 日		月 日から 月 日まで 日間	イ 親族 ロ 友人・知人 ハ 看護師・家政婦又は看護補助者 ニ 施設職員

上記より 介護補償給付の支給を 請求します。  
年 月 日  
住所 氏名 電話 ( )

請求人の ( ) 方  
氏名 電話 ( )

労働基準監督署長 殿  
氏名 電話 ( )

ការបញ្ជាក់អំពីការពិតប្រាកដនៃការថែទាំ [介護の事実に関する申立て]  
私は、上記(リ)及び(ヌ)のとおり介護に従事したことを申し立てます

住所 氏名 電話 ( )

ក្នុងករណីចុះហត្ថលេខាដោយខ្លួនឯង មិនចាំបាច់ប្រើប្រាស់បាន។

## ទម្រង់ស្នើសុំប្រាក់ឧបត្ថម្ភនិមួយៗនិងកន្លែងត្រូវដាក់

ប្រភេទប្រាក់ឧបត្ថម្ភ	គ្រោះថ្នាក់ពេលធ្វើការ ឬពេលផ្ទេរដំណើរទៅធ្វើការ	ឈ្មោះពាក្យស្នើសុំ	លេខទម្រង់	កន្លែងត្រូវដាក់
ការឧបត្ថម្ភ(សំណង)ព្យាបាល	គ្រោះថ្នាក់ពេលធ្វើការ	ពាក្យស្នើសុំការឧបត្ថម្ភព្យាបាលសំរាប់ការឧបត្ថម្ភសំណងព្យាបាល	លេខ 5	ឆ្លងកាត់មន្ទីរពេទ្យឱសថស្ថាន ។ល។ ទៅប្រធានការិយាល័យស្នងដារការងារដែលមានសមត្ថកិច្ច
	គ្រោះថ្នាក់ពេលផ្ទេរដំណើរទៅធ្វើការ	ពាក្យស្នើសុំការឧបត្ថម្ភព្យាបាលសំរាប់ការឧបត្ថម្ភព្យាបាល	ទី 3 នៃលេខ 16	
	គ្រោះថ្នាក់ពេលធ្វើការ	ពាក្យស្នើសុំការឧបត្ថម្ភព្យាបាលសំរាប់ការឧបត្ថម្ភសំណងព្យាបាល	លេខ 7	ការិយាល័យស្នងដារការងារដែលមានសមត្ថកិច្ច
	គ្រោះថ្នាក់ពេលផ្ទេរដំណើរទៅធ្វើការ	ពាក្យស្នើសុំការឧបត្ថម្ភព្យាបាលសំរាប់ការឧបត្ថម្ភព្យាបាល	ទី 5 នៃលេខ 16	
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ(សំណង)ឈប់សម្រាក	គ្រោះថ្នាក់ពេលធ្វើការ	ពាក្យស្នើសុំប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំណងឈប់សម្រាក	លេខ 8	ការិយាល័យស្នងដារការងារដែលមានសមត្ថកិច្ច
	គ្រោះថ្នាក់ពេលផ្ទេរដំណើរទៅធ្វើការ	ពាក្យស្នើសុំប្រាក់ឧបត្ថម្ភឈប់សម្រាក	ទី 6 នៃលេខ 16	
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ(សំណង)ពិការភាព	គ្រោះថ្នាក់ពេលធ្វើការ	ពាក្យស្នើសុំប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំណងពិការភាព	លេខ 10	ការិយាល័យស្នងដារការងារដែលមានសមត្ថកិច្ច
	គ្រោះថ្នាក់ពេលផ្ទេរដំណើរទៅធ្វើការ	ពាក្យស្នើសុំប្រាក់ឧបត្ថម្ភពិការភាព	ទី 7 នៃលេខ 16	
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ(សំណង)គ្រួសារ	គ្រោះថ្នាក់ពេលធ្វើការ	ពាក្យស្នើសុំប្រាក់សោធន៍នីវត្តន៍សំណងគ្រួសារ	លេខ 12	ការិយាល័យស្នងដារការងារដែលមានសមត្ថកិច្ច
	គ្រោះថ្នាក់ពេលផ្ទេរដំណើរទៅធ្វើការ	ពាក្យស្នើសុំប្រាក់សោធន៍នីវត្តន៍គ្រួសារ	ទី 8 នៃលេខ 16	
	គ្រោះថ្នាក់ពេលធ្វើការ	ពាក្យស្នើសុំប្រាក់បើកផ្តាច់សំណងគ្រួសារ	លេខ 15	
	គ្រោះថ្នាក់ពេលផ្ទេរដំណើរទៅធ្វើការ	ពាក្យស្នើសុំប្រាក់បើកផ្តាច់សម្រាប់គ្រួសារ	ទី 9 នៃលេខ 16	
ប្រាក់ធ្វើបុណ្យសព(ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ធ្វើបុណ្យសព)	គ្រោះថ្នាក់ពេលធ្វើការ	ពាក្យស្នើសុំប្រាក់ធ្វើបុណ្យសព	លេខ 16	ការិយាល័យស្នងដារការងារដែលមានសមត្ថកិច្ច
	គ្រោះថ្នាក់ពេលផ្ទេរដំណើរទៅធ្វើការ	ពាក្យស្នើសុំប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ធ្វើបុណ្យសព	ទី 10 នៃលេខ 16	
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ(សំណង)សម្រាប់ការថែទាំ		ពាក្យស្នើសុំប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំណងសម្រាប់ការថែទាំ ឬប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ការថែទាំ	ទី 2 នៃលេខ 2 នៃលេខ 16	ការិយាល័យស្នងដារការងារដែលមានសមត្ថកិច្ច





