

Examples for Filling Out Various Claims Forms

- 1.** Medical Treatment Benefits Claims Form (Form No. 5)
- 2.** Medical Treatment Expense Payment Claims Form (Form No. 7)
- 3.** Temporary Absence from Work Compensation Payment Claims Form (Form No. 8)
- 4.** Disability Compensation Payment Claims Form (Form No. 10)
- 5.** Surviving Family Compensation Lump Sum Payment Claims Form (Form No. 15)
- 6.** Surviving Family Compensation Pension Payment Claims Form (Form No. 12)
- 7.** Funeral Expense Claims Form (Form No. 16)
- 8.** Nursing Care Compensation Payment Claims Form (Form No. 16-2-2)

Medical Treatment Benefits Claims Form (Form No. 5)(Example)

Use form 16-3 for commuting injury

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

療養補償給付たる療養の給付請求書

事項をよく読んで、記入してください。

標準字体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	。	ー
アイウエオカキクケコ	サシスセソ	タチツテト	ナニヌ									
ネノハヒフヘホ	マミムメモ	ヤユヨ	ラリルレロ	ワ								

Have this filled out by your work place if you are uncertain

Fill out in the order of era name, year and month.
Era name: 5 for Showa, 7 for Heisei
9 for Reiwa

Fill out the name and job of the person who confirmed the circumstances of the accident.

Enter "1" if you are a male or "3" if you are a female.

Leave a space between first and last names and write names in katakana.

①管轄局番	②業通別	③保留	④受付年月日
590	1	1	
⑤処理区分			
⑥受付年月日			
⑦再発年月日			
⑧性別			
⑨労働者の生年月日			
⑩負傷又は発病年月日			
⑪再発年月日			
⑫三者			
⑬負傷又は発病の時刻			
⑭災害発生の実態を認識した者の職名、氏名			
⑮災害発生の実態を認識した者の職名、氏名			
⑯災害発生の実態を認識した者の職名、氏名			
⑰指定病院等の名称			
⑱指定病院等の所在地			
⑲事業主の氏名			
⑳事業主の所在地			
㉑事業主の電話番号			
㉒労働者の氏名			
㉓労働者の電話番号			
㉔労働者の住所			
㉕労働者の郵便番号			
㉖労働者の職業			
㉗労働者の職種			
㉘労働者の業務			
㉙労働者の勤務時間			
㉚労働者の勤務場所			
㉛労働者の勤務内容			
㉜労働者の勤務状況			
㉝労働者の勤務態度			
㉞労働者の勤務成績			
㉟労働者の勤務評価			
㊱労働者の勤務改善			
㊲労働者の勤務向上			
㊳労働者の勤務促進			
㊴労働者の勤務振興			
㊵労働者の勤務発展			
㊶労働者の勤務繁栄			
㊷労働者の勤務栄華			
㊸労働者の勤務栄耀			
㊹労働者の勤務栄光			
㊺労働者の勤務栄誉			
㊻労働者の勤務栄名			
㊼労働者の勤務栄声			
㊽労働者の勤務栄望			
㊾労働者の勤務栄運			
㊿労働者の勤務栄福			

- ① Where
- ② What were the circumstances
- ③ What type of work were you carrying out at the time
- ④ What was the cause
- ⑤ Clarify what type of accident occurred

*Employer Certification Field

Seal is not required if filled out by the claimant.

To be filled out by claimant

To be filled out by company

*Consult with the supervising institution when submitting if certification from the company cannot be obtained

Medical Treatment Expense Payment Claims Form (Form No. 7 (1)(front)) (Example)

様式第7号(1)(表面) 業務災害用

Use form 16-5-1 for commuting injury

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 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000

Have this filled out by your work place if you are uncertain

Fill out in the order of era name, year and month. Era name: 5 for Showa, 7 for Heisei, 9 for Reiwa

Enter "1" if you are a male or "3" if you are a female

Enter "1" for Ordinary Savings Accounts and "3" for Current Accounts.

Leave a space between first and last names and write names in katakana

Enter "1" if you are a male or "3" if you are a female

Enter "1" for Ordinary Savings Accounts and "3" for Current Accounts.

Filling out 16, 17, 18, 19, the bank name and account holder in the left column are necessary only when opening a new account or changing the reported account.

*Employer Certification Field

Since the second column is not to be filled out by the employer, the fact is as the section (1), (2), (3) and (4).

To be filled out by medical institution

Seal is not required if filled out by the claimant.

To be filled out by claimant

To be filled out by medical institution

To be filled out by company

*Consult with the supervising institution when submitting if certification from the company cannot be obtained

様式第7号(1)(直轄)

Fill out the name and job of the person who confirmed the circumstances of the accident

- ① Where
- ② What were the circumstances
- ③ What type of work were you carrying out at the time
- ④ What was the cause
- ⑤ Clarify what type of accident occurred

には、該當する事項を○で囲むこと
ては、その費用についての明細書及び看護移送等
領収書を添へること。
の投棄の期間をも算入すること。
に所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場
所に所属する支店、工事現場等を記載すること。

二 傷病補償年金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の注意事項

(一) ④は、記載する必要があるとき、最初

(二) いは、災害発生の事実を確認した者、確認した者が多数あるときは最初

(三) に発見した者、を記載すること

(四) (六)及び(七)の請求の場合には記載する必要があること

(五) 第二回後の請求が離隔である場合には事業主の証明は受ける必要がないこと

三 注意事項

(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の

(二) ③、④及び⑤から⑦までは記載する必要がないこと

(三) 事業主の証明は受ける必要がないこと

事業主の氏名の欄に「病状又は診療所の診療担当者氏名の欄及び「請求者の氏名の欄は、記号を印字することによって、自筆による署名を要する」とのことである。

表面の記入枠
を訂正したと
きの訂正印欄

様式第8号(表面) 労働者災害補償保険 標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 〃 〃 ー
 業務災害用 休業補償給付支給請求書 第 〇 〇 〇 号
 休業特別支給金支給申請書(同一傷病分) Use form 16-6 for commuting injury
 ケ コ サ シ ス セ ソ タ チ ツ テ ト ナ ニ ヌ
 ミ ム メ モ ヤ ヨ ラ リ ル レ ロ ワ ン

To be filled out by claimant To be filled out by medical institution To be filled out by company * Consult with the supervising institution when submitting if certification from the company cannot be obtained.

Disability Compensation Payment Claims Form (Form 10)(Example)

様式第10号 (表面)

労働者災害補償保険

業務災害用

障害補償給付支給請求書
障害特別支給年金支給申請書
障害特別一時金

Circle "男" for male or "女" for female

Use form 16-7 for commuting injury

府県庁市町村労働基準監督署番号		③ 氏名 (男/女) Name (Katakana)		④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 午前 午後 分頃	
Industrial Accident Compensation insurance number		生年月日 Birthday 月 日 Age (歳)		⑤ 傷病の治癒した年月日 年 月 日	
② 年金証書の番号		住 所 Address (Katakana)		⑦ 平均賃金 円 銭	
管轄局 種別 西暦年 番号		職 種		⑧ 特別給与の総額(年額) Total of special salary in one year 円	
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(お)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		所 属 事 業 場 名称・所在地		⑨ 平 均 賃 金 Average wages 円 銭	
The cause of the disaster and the outbreak situation					
① 厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード Individual pension number		⑩ 被保険者資格の取得年月日 年 月 日		⑪ 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	
年金の種類 Kind of pension		障害等級 Grade of disability		⑫ 支給される年金の額 Amount of provided pension 円	
⑧ 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 Date to have been provided 月 日		⑬ 厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード Pension code of annuity bond of welfare annuity	
⑨ 当該傷病に関する支給関係		所 轄 年 金 事 務 所 等		⑭ ④、⑥から⑧まで並びに⑨の(イ)及び(ロ)に記載したとおりであることを証明します。	

Clarify the location where the accident occurred, the work being carried out and the conditions at that time.

Only fill out this section if you receive pension payments from the welfare pension insurance system etc. for the same injury, disease etc.

Employer Certification Field

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	
⑫ 添付する書類名 Name of appended document		⑬ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
⑭ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		⑮ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
⑯ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		⑰ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
⑱ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		⑲ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
⑳ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		㉑ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
㉒ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		㉓ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
㉔ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		㉕ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
㉖ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		㉗ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
㉘ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		㉙ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
㉚ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		㉛ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
㉜ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		㉝ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
㉞ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		㉟ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
㊱ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		㊲ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
㊳ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		㊴ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
㊵ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		㊶ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
㊷ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		㊸ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
㊹ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		㊺ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
㊻ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		㊼ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
㊽ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		㊾ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	
㊿ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution		㊿ 年金の払渡しを希望する金融機関の名称 Name of financial institution	

Date of application 日

労働基準監督署長 殿

Claimant 請求人の住所 Address

氏名 Name

□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 of transfer of pension is hoped

Branch name

預金の種類及び
Account number

Seal is not required if filled out by the claimant

To be filled out by claimant

To be filled out by company

41

Surviving Family Compensation Lump Sum Payment Claims Form (Form 15)(Example)

様式第15号 (表面)

Use form 16-9 for commuting injury.

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

Circle "男" for male or "女" for female

Have this filled out by your work place if you are uncertain

Clarify the location where the accident occurred, the work being carried out and the conditions at that time

Enter the claimant's name, date of birth, address, relationship with victim, and whether or not they suffer from any disabilities.

① 労働保険番号 府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号 Industrial Accident Compensation insurance number		③ フリガナ 氏名 (男・女) Name (男・女) 生年月日 年 月 日 (歳) Birthday 月 日 (Age)		④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 date of injury or attack 午前 時 分 頃	
② 年金証書の番号 局 種 別 西暦年 番 号 枝番号		職 種 Industrial category		⑤ 死亡年月日 年 月 日 date of death	
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(成)どのような不安全な又は有害な状態が(お)どのような災害が発生したかを簡明に記述すること) The cause of the disaster and the outbreak situation				⑦ 平均賃金 Average wages 円 銭	
				⑧ 特別給与の総額(年額) Total of special salary in one year 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。					
事業の名称 年 月 日 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) 電話 () -					
Employer Certification Field					
⑨ 氏 名 Name		生 年 月 日 Birth day 年 月 日		住 所 Address	
請求人 Claimant's		関係 Relationship to worker		請求人(申請人)の代表者を 選任しないときはその理由	
人					
添付する書類その他の資料名 Name of appended document		⑩			

遺族補償一時金の支給を請求します。
上記により 遺族特別支給金の支給を申請します。
遺族特別一時金

Date of application 年 月 日		Claimant's 請求人 申請人 (代表者)		A zip code 〒 -		Telephone 電話 () -	
労働基準監督署長 殿		の 住 所 氏 名		Address		Sign	
Financial institution or place where the claimant 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 Account number			
Name 銀行・金庫 農協・漁協・信組		Branch name 本店・本所 出張所 支店・支所		普通・当座 Nominee 口座名義人			

To be filled out by claimant

To be filled out by company

Seal is not required if filled out by the claimant

Funeral Expense Claims Form (Form 16)(Example)

様式第16号(表面)

業務災害用

Use form 16-10 for commuting injury.

労働者災害補償保険

葬 祭 料 請 求 書

Circle "男" for male or "女" for female

① 労働保険番号				③ フリガナ		⑤ 負傷又は発病年月日	
府県	所管	管轄	基幹番号	枝番号	氏 名	Name(katakana)	年 月 日
Industrial Accident Compensation Insurance number				請求人		Address	date of injury or attack
② 年金証書の番号				死亡労働者の関係		Relation to worker	午後 時 分頃
管轄局	種別	西暦年	番 号				⑦ 死 亡 年 月 日
							date of death
④ フリガナ				(男・女)		年 月 日	
死亡労働者の	氏 名	Name(Katakana)				⑧ 平 均 賃 金	
生年月日	Birthday	年	月	日	Age 歳	Average wages	
職 種	Industrial category					円 銭	
所属事業場名称所在地	Address						
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(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							
The cause of the disaster and the outback situation							
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。							
電話 () -							
事業の名称							
年 月 日 事業場の所在地 〒 -							
事業主の氏名 ⑩							
(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 添付する書類その他の資料名 Name of appended document							
上記により葬祭料の支給を請求します。							
Date of application				A zip code		Telephone	
年 月 日				〒 -		電話 () -	
Claimant's				Address			
請求人の住所				Name		Sign ⑪	
労働基準監督署長 殿				氏 名			
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		Branch name		本店・本所		普通・当座	
農協・漁協・信組				出張所		Account number	
				支店・支所		口座名義人	

Clarify the location where the accident occurred, the work being carried out and the conditions at that time

Employer Certification Field

To be filled out by claimant

To be filled out by company

Seal is not required if filled out by the claimant

Nursing Care Compensation Payment Claims Form (Form No. 16 - 2-2) (Example)

■ 様式第16号の2の2 (表面)

労働者災害補償保険
介護補償給付
支給請求書

標準字体

アカサタナハ

For Employment Injury circle "介護補償給付" (Nursing Care Compensation Payment) and for commuting injury circle "介護給付" (nursing payments).

※ 35290

① 労働者番号

② 受給年月日

③ 特別コード

④ 介護料区分

⑤ 介護料区分

⑥ 介護料区分

⑦ 介護料区分

⑧ 介護料区分

⑨ 介護料区分

⑩ 介護料区分

⑪ 介護料区分

⑫ 介護料区分

⑬ 介護料区分

⑭ 介護料区分

⑮ 介護料区分

⑯ 介護料区分

⑰ 介護料区分

⑱ 介護料区分

⑲ 介護料区分

⑳ 介護料区分

㉑ 介護料区分

㉒ 介護料区分

㉓ 介護料区分

㉔ 介護料区分

㉕ 介護料区分

㉖ 介護料区分

㉗ 介護料区分

㉘ 介護料区分

㉙ 介護料区分

㉚ 介護料区分

㉛ 介護料区分

㉜ 介護料区分

㉝ 介護料区分

㉞ 介護料区分

㉟ 介護料区分

㊱ 介護料区分

㊲ 介護料区分

㊳ 介護料区分

㊴ 介護料区分

㊵ 介護料区分

㊶ 介護料区分

㊷ 介護料区分

㊸ 介護料区分

㊹ 介護料区分

㊺ 介護料区分

㊻ 介護料区分

㊼ 介護料区分

㊽ 介護料区分

㊾ 介護料区分

㊿ 介護料区分

(注意)

If receiving annuity bonds, note the annuity bond number.

Write the date in "era", "year", "month" order. (The Heisei era is number 7 The Reiwa era is number 9.)

Only fill out items ㉑-㉓ and the financial institution name and account holder name fields when registering a new account or changing an existing registered account.

If care was received at home, circle "イ", if care was received at a facility, etc., circle "ロ".

Enter the name, date of birth and relationship of the person who provided nursing care, the period during which care was provided (the first and last days care was provided) and the number of days care was provided. For class "ハ" and "ニ", the name, date of birth and relationship do not need to be entered

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文字あけて左ゾメで記入してください。

⑦ (ホ) 請求対象年月

⑧ (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数

⑨ (ト) 介護に要する費用として支出した費用の額

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

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

⑲ 介護に要する費用として支出した費用の額

⑳ 介護に要する費用として支出した費用の額

㉑ 介護に要する費用として支出した費用の額

㉒ 介護に要する費用として支出した費用の額

㉓ 介護に要する費用として支出した費用の額

㉔ 介護に要する費用として支出した費用の額

㉕ 介護に要する費用として支出した費用の額

㉖ 介護に要する費用として支出した費用の額

㉗ 介護に要する費用として支出した費用の額

㉘ 介護に要する費用として支出した費用の額

㉙ 介護に要する費用として支出した費用の額

㉚ 介護に要する費用として支出した費用の額

㉛ 介護に要する費用として支出した費用の額

㉜ 介護に要する費用として支出した費用の額

㉝ 介護に要する費用として支出した費用の額

㉞ 介護に要する費用として支出した費用の額

㉟ 介護に要する費用として支出した費用の額

㊱ 介護に要する費用として支出した費用の額

㊲ 介護に要する費用として支出した費用の額

㊳ 介護に要する費用として支出した費用の額

㊴ 介護に要する費用として支出した費用の額

㊵ 介護に要する費用として支出した費用の額

㊶ 介護に要する費用として支出した費用の額

㊷ 介護に要する費用として支出した費用の額

㊸ 介護に要する費用として支出した費用の額

㊹ 介護に要する費用として支出した費用の額

㊺ 介護に要する費用として支出した費用の額

㊻ 介護に要する費用として支出した費用の額

㊼ 介護に要する費用として支出した費用の額

㊽ 介護に要する費用として支出した費用の額

㊾ 介護に要する費用として支出した費用の額

㊿ 介護に要する費用として支出した費用の額

Check the type of pension being received and note the class

Enter the number of days for which payment was made and nursing care received

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(㊿)の所を谷に折

If the person who provided care is a family, circle "イ", if they are a friend or acquaintance, circle "ロ", if they are a nurse or domestic helper, circle "ハ" and if they are facility staff, circle "ニ".

It states it concerning the fact of nursing.

[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 住所

氏名

電話

郵便番号

氏名

電話

郵便番号

Seal is not required if filled out by the claimant

Claims Forms and Submission Points for Each Type of Insurance benefits

Benefit Type	Employment or Commuting	Claims Form	Form No.	Submit to
Medical (Compensation) Benefits	Employment Injury	Medical Treatment Benefits Claims Form for Medical Compensation Benefits	No.5	The chief of the relevant Labour Standards Inspection Office Via Hospital, Pharmacy, etc.
	Commuting Injury	Medical Treatment Benefits Claims Form for Medical Treatment Benefits	No.16-3	
	Employment Injury	Treatment Expense Claims Form for Medical Compensation Benefits	No.7	The relevant Labour Standards Inspection Office
	Commuting Injury	Treatment Expense Claims Form for Medical Treatment Benefits	No.16-5	
Temporary Absence from Work (Compensation) Benefits	Employment Injury	Absence from Work Compensation Payment Claims Form	No.8	
	Commuting Injury	Absence from Work Payment Claims Form	No.16-6	
Disability (Compensation) Benefits	Employment Injury	Disability Compensation Payment Claims Form	No.10	
	Commuting Injury	Disability Payment Claims Form	No.16-7	
Surviving Family (Compensation) Benefits	Employment Injury	Surviving Family Compensation Pension Payment Claims Form	No.12	
	Commuting Injury	Surviving Family Pension Payment Claims Form	No.16-8	
	Employment Injury	Surviving Family Compensation Lump Sum Payment Claims Form	No.15	
	Commuting Injury	Surviving Family Lump Sum Payment Claims Form	No.16-9	
Funeral Expenses (Funeral Rites Benefits)	Employment Injury	Funeral Expense Claims Form	No.16	
	Commuting Injury	Funeral Rites Benefits Claims Form	No.16-10	
Nursing Care (Compensation) Benefits		Nursing Care Compensation Payment •Nursing Care Payment Claims Form	No.16-6	

