

## Ejemplo de entrada

- 1.** La solicitud para el subsidio del tratamiento medico (Forma N ° 5)
- 2.** La solicitud para los gastos del tratamiento medico (Forma N ° 7)
- 3.** La solicitud del subsidio con indemnización por perdida de ingreso (Forma N ° 8)
- 4.** La solicitud del subsidio con indemnización para impedido (Forma N ° 10)
- 5.** La solicitud del pago único con indemnización a la familia de un difunto (Forma N ° 15)
- 6.** La solicitud de la pensión con indemnización a la familia de un difunto (Forma N ° 12)
- 7.** La solicitud de los gastos funerales (Forma N ° 16)
- 8.** La solicitud del subsidio con indemnización para el asistente capacitado (Forma N ° 16-2-2)



# Ejemplo de entrada de la solicitud para los gastos del tratamiento medico (Forma N° 7(1)(Anverso) )

**様式第7号(1)(表面)**  
**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)

En el caso de accidentes del desplazamiento por trabajo utiliza Forma N° 16-5(1)

標準  
 アイウエネ  
 オカキクケ  
 コサシスセ  
 ソタチツテト  
 ナニヒフ  
 ホマヤヨ  
 ラリルレロ  
 ワン

Solicitar a la empresa completar el campo si no está seguro.

Por favor, describa en el orden de la era, año, mes. Era : Showa es 5 Heisei es 7 Reiwa es 9

Rellenar si es hombre '1', si es mujer '3'

Rellenar su nombre en katakana con una plaza entre el nombre y apellido.

Rellenar si es Cuenta de Ahorro '1', si es Cuenta de Corriente '3'

En las espacios de 16,17,18,19, el nombre de entidad financiera, Titular de la cuenta de la izquierda, rellenar solo en caso de registrar la cuenta nueva o cambiar la cuenta registrada

\*Campo a rellenar por el propietario de la empresa

\* No se requiere el sello de la empresa si se solicita según (b) o (c) después de dejar su trabajo

Demuestro que sobre la persona (9), lo cierto es que la sección (イ), (ロ), (ハ), (ニ).

En caso de la firma manuscrita, no requiere el sello.

Es parte de la solicitante para llenar

Es parte de la institución medica para llenar

Es parte de la compañía para llenar

※ S usted no recibe un certificado de la empresa, por favor póngase en contacto con la oficina de inspección de las normas laborales local.

# Ejemplo de entrada de la solicitud para los gastos del tratamiento médico (Forma N° 7 (1) (Reverso))

様式第7号(1)(裏面)

労働者の所属事業場の名称・所在地	災害発生時刻	職名
Nombre y direcciones del lugar de trabajo	Am 午前 時 分頃	災害発生を事実を確認した者の氏名

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

La causa del accidente y la situación interior

Rellenar el título del trabajo y el nombre completo de la persona que confirmó los hechos del accidente.

## 療養の内訳及び金額

診療内容	回数	単位	診療内訳	金額	備考
初診	1	回	初診	円	yen
再診	1	回	再診	円	yen
その他	1	回	その他	円	yen
食事療養(ベース)			食事療養(ベース)	円	yen
在宅療養			在宅療養	円	yen
Subtotal			小計	円	yen
Resumen					
Medicamento			Medicamento		
Medicamento preparado por botica			Medicamento preparado por botica		
Medicamento único			Medicamento único		
Medicamento de aplicación externa			Medicamento de aplicación externa		
Medicamento preparado por botica			Medicamento preparado por botica		
Tratamiento			Tratamiento		
Analgésico y tóxico			Analgésico y tóxico		
Medicamento básico de medicamento preparado por botica			Medicamento básico de medicamento preparado por botica		
Inyección			Inyección		
subcutánea e intramuscular			subcutánea e intramuscular		
Intravenoso			Intravenoso		
otro			otro		
Tratamiento			Tratamiento		
Medicamento			Medicamento		
Operación anestesia			Operación anestesia		
Medicamento			Medicamento		
Medicamento			Medicamento		
Medicamento			Medicamento		
Imagen diagnóstica			Imagen diagnóstica		
Medicamento			Medicamento		
Medicamento			Medicamento		
Hospitalización			Hospitalización		
fecha de hospitalización			fecha de hospitalización		
Coste básico de hospitalización / adición			Coste básico de hospitalización / adición		
Coste especial de hospitalización / otro			Coste especial de hospitalización / otro		
Subtotal			小計	円	yen
Total			合計金額	円	yen

Describir claramente los siguientes:

- 1) Donde
- 2) Cual situación
- 3) Cual clase de trabajo
- 4) Que causas
- 5) Qué accidente ha ocurrido

には、該当する事項を○で囲むこと。  
 には、該当する事項を○で囲むこと。  
 には、該当する事項を○で囲むこと。  
 には、該当する事項を○で囲むこと。  
 には、該当する事項を○で囲むこと。

Campos a rellenar por la institución médica (Los detalles del tratamiento y el coste)

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  
 四、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  
 五、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  
 六、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  
 七、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  
 八、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  
 九、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  
 十、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

派遣元事業主が証明する事項 (表面の①並びに(×)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。

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	加字印	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
--------------------	-----	-----	------------	----------------------	----	------





# Ejemplo de entrada de la solicitud de la pensión con indemnización a la familia de un difunto (Forma N° 12)

En el caso de accidentes del desplazamiento por trabajo utiliza Forma N° 16-8

Marcar con un círculo si es hombre en '男', si es mujer '女'

様式第12号(表面) 業務災害用 労働者災害補償保険 遺族補償年金支給 遺族特別支給金支給 遺族特別年金

① 労働保険番号 ② 年金証書の番号 ③ 死亡労働者の ④ 賃傷又は発病年月日

⑤ 死亡年月日 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(文)どのような不安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 ⑧ 特別給与の総額(年額)

⑨ 遺族補償年金の支給開始年月日 ⑩ 請求人(申請人の代表者を委任しないときは、その職名)

⑪ 請求人の氏名、生年月日、住所、職業、障害の有無、請求人(申請人)との関係

⑫ 添付する書類その他の資料名

⑬ 年金の払渡しを希望する口座の名称、住所、預金通帳番号、郵便番号、支店名、支店住所、支店名、支店住所、支店名、支店住所

⑭ 特別支給金にたいして振込を希望する金融機関の名称

⑮ 預金の種類及び口座番号

⑯ 請求人の住所

⑰ 請求人の氏名

⑱ 請求人の個人番号

⑲ 特別支給金にたいして振込を希望する金融機関の名称

⑳ 預金の種類及び口座番号

Solicitar a la empresa completar el campo si no está seguro.

Describir el lugar del accidente, el trabajo en ese momento, y la situación.

Rellenar sólo en caso de beneficiarse las pensiones, como el seguro de previsión social de la misma enfermos y heridos.

Describir el nombre del solicitante, el fecha de nacimiento, la dirección, y la relación con la víctima, la presencia o ausencia del impedido.

Rellenar el sobreviviente calificado para recibir la pensión y indemnización a la familia de un difunto que no sea el solicitante.

Es parte de la solicitante para llenar

Es parte de la compañía para llenar

En caso de la firma manuscrita, no requiere el sello.

# Ejemplo de entrada de la solicitud del pago único con indemnización a la familia de un difunto (Forma N° 15)

様式第15号(表面)

En el caso de accidentes del desplazamiento por trabajo utiliza Forma N° 16-9

## 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 遺族特別一時金支給申請書

Marcar con un círculo si es hombre en '男', si es mujer '女'

Solicitar a la empresa completar el campo si no está seguro.

Describir el lugar del accidente, el trabajo en ese momento, y la situación.

Describir el nombre del solicitante, el fecha de nacimiento, la dirección, y la relación con la víctima, la presencia o ausencia del impedido.

① 労働保険番号 府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号 Número de seguro de compensación para trabajador		③ フリガナ 死 氏 名 労働者の所属事業場名称所在地	Nombre(katakana) Nombre (男・女) Fecha de nacimiento Fecha de la herida o ataque Fecha de la herida restablecida	④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 午前 午後 時 分 頃
② 年金証書の番号 種別 西暦年 番号 枝番号		職 種 所属事業場名称所在地	Categoría de Ocupación	⑤ 死亡年月日 年 月 日
⑥ 災害の原因及び発生状況 La causa del accidente y la situación interior			⑦ 平均賃金 Salario medio	⑧ 特別給与の総額(年額) Total del salario especial en un año

⑨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。

**\*Campo a rellenar por el propietario de la empresa**

電話 ( ) -

年 月 日

事業場の所在地

事業場の氏名 (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)

フリガナ	氏 名	生 年 月 日	住 居 所	Relación con el trabajador	備考 居住しないときはその理由
	Nombre	Fecha de nacimiento	Dirección	r	
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
	Nombre del documento adjunto	年 月 日			

添付する書類その他の資料名

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

Fecha de solicitud Solicitante Código postal Teléfono  
年 月 日 請求人 申請人 (代表者) の住所 氏名

労働基準監督署長 殿

振込を希望する金融機関の名称 Institución financiera o Caja postal donde se espera la transferencia de las pensiones	預金の種類及び口座番号 Número de cuenta
銀行・金庫 農協・漁協・信組	本店・本所 出張所 支店・支所
Nombre	普通・当座 口座名義人
Nombre de sucursal	

Es parte de la solicitante para llenar

Es parte de la compañía para llenar

En caso de la firma manuscrita, no requiere el sello.

# Ejemplo de entrada de la solicitud de los gastos funerales (Forma N° 16)

様式第16号(表面)

業務災害用

En el caso de accidentes del desplazamiento por trabajo utiliza Forma N° 16-10

## 労働者災害補償保険 葬祭料請求書

Marcar con un círculo si es hombre en '男', si es mujer '女'

① 労働保険番号 府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号 Número de seguro de compensación para trabajador		③ フリガナ 氏名 住所 死亡労働者との関係 請求人の	Nombre(katakana)	
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号			Dirección	
			Relación con el trabajador	
④ 死亡労働者のフリガナ氏名 生年月日 職種 所属事業場名称所在地	Nombre(katakana) (男・女)			⑤ 負傷又は発病年月日 年 月 日 Fecha de herida o ataque 午後 時 分頃
	Fecha de nacimiento 年 月 日 (Edad 歳)			⑦ 死亡年月日 年 月 日 Fecha de fallecimiento
	Categoría de Ocupación			
	Dirección			⑧ 平均賃金 円 銭 Salario medio
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るときに(ろ)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 <b>La causa del accidente y la situación interior</b>				
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。 <b>*Campo a rellenar por el propietario de la empresa</b> 事業の名称 電話 ( ) - 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) 印				
⑨ 添付する書類その他の資料名		Nombre del documento adjunto		
上記により葬祭料の支給を請求します。				
年 月 日 Fecha de solicitud		〒 Código postal 電話 (Teléfono) -		
労働基準監督署長 殿		Solicitante 請求人の住所 Dirección 氏名 Nombre Firma 印		
振込を希望する金融機関の名称 Institución financiera o caja postal donde se espera la transferencia de las pensiones		預金の種類及び口座番号 普通・当座 第 号 Número de cuenta 口座名義人 Titular de la cuenta		
銀行・金庫 Nombre		本店・本所 出張所 支店・支所 Nombre de sucursal		

Describir el lugar del accidente, el trabajo en ese momento, y la situación.

Es parte de la solicitante para llenar

Es parte de la compañía para llenar

En caso de la firma manuscrita, no requiere el sello.

# Ejemplo de entrada de la solicitud del subsidio con indemnización para el asistente capacitado (Forma N° 16-2-2)

■ 様式第16号の2の2 (表面)

労働者災害補償保険 標準字体 アカサタナハ  
介護補償給付 支給請求書 011234567890

Marcar con un círculo en caso de accidente del trabajo, "介護補償給付", en caso de accidentes del desplazamiento por trabajo, "介護給付".

紙票種別 ※ 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。

⑦ (ホ) 請求対象年月 ⑧ (ホ) 請求対象年月

Escribir el número del certificado de la pensión si ha recibido un certificado de pensión.

Marcar el tipo de pensión que recibe y escribir grado

⑨ 請求対象年月 ⑩ 請求対象年月

⑪ 請求対象年月 ⑫ 請求対象年月

⑬ 請求対象年月 ⑭ 請求対象年月

Calcular el coste de los gastos y escribir le número de días que recibio la asistente capacitado

Por favor, describa en el orden de la era, año, mes. (Heisei es 7) (Reiwa es 9)

⑮ 請求対象年月 ⑯ 請求対象年月

⑰ 請求対象年月 ⑱ 請求対象年月

⑲ 請求対象年月 ⑳ 請求対象年月

En las espacios de 30-33 y el espacio derecho, rellenar solo en caso de registrar la cuenta nueva o cambiar la cuenta registrada

振込を希望する金融機関の名称 口座名義人

Institución financiera o caja postal donde se espera la transacción de los pagos

Nombre de Titular de la cuenta

En caso de recibir el asistente capacitado en domicilio, marca el círculo en "イ", caso de recibir en institución marca el círculo en "ロ"

⑳ 預貯金の種別 ㉑ 口座番号

㉒ 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。

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)の所を谷に折り

Escribir el nombre, la fecha de nacimiento, la relación, el periodo del asistente capacitado y nombre de días del asistente capacitado sobre la persona que se realiza el asistente capacitado. En caso de la división es "ハ" o "ニ", no necesita escribir el nombre, la fecha de nacimiento, y la relación.

㉓ 住所 ㉔ 所在地

㉕ 氏名 ㉖ 名称

㉗ 生年月日 ㉘ 続柄

㉙ 介護期間・日数 ㉚ 介護に要した費用の額の証明書 (通)

En caso que la persona que se realiza el asistente capacitado es la familia marca el círculo en "イ", en caso de amigo o conocido marca el círculo en "ロ", en caso de enfermera o empleada, "ハ", caso del empleo de institución, marca el círculo en "ニ"

㉛ 氏名 ㉜ 生年月日

㉝ 続柄 ㉞ 介護期間・日数

㉟ 介護に要した費用の額の証明書 (通)

㊟ 請求者の住所 ㊠ 請求者の氏名

㊡ 請求者の印 ㊢ 請求者の電話番号

「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 電話番号

Dirección Nombre Teléfono

En caso de la firma manuscrita, no requiere el sello.

## Forma de solicitud de cada subsidio y presentación

Tipo del subsidio	Accidente de trabajo o accidente de en el desplazamiento por trabajo	Nombre de la forma	Numero de forma	Presentación
Subsidio(indemnización) para tratamiento medico	Accidente de trabajo	Solicitud de subsidio con indemnización para tratamiento médico	5	Jefe de la oficina de inspección de las normas laborales local a través de la institución médica o la farmacia
	Accidente en el desplazamiento por trabajo	Solicitud de subsidio del tratamiento médico para el subsidio de un tratamiento médico	16-3	
	Accidente de trabajo	Solicitud de coste para tratamiento médico (forma N°7) para el subsidio con indemnización	7	Jefe de la oficina de inspección de las normas laborales local
	Accidente en el desplazamiento por trabajo	Solicitud de coste del tratamiento médico para el subsidio de un tratamiento médico	16-5	
Subsidio (indemnización) por perdida de ingresos	Accidente de trabajo	Solicitud de subsidio con indemnización por perdida de ingresos	8	Jefe de la oficina de inspección de las normas laborales local
	Accidente en el desplazamiento por trabajo	Solicitud de subsidio por perdida de ingresos	16-6	
Subsidio (indemnización) para impedido	Accidente de trabajo	Solicitud de subsidio con indemnización para impedido	10	Jefe de la oficina de inspección de las normas laborales local
	Accidente en el desplazamiento por trabajo	Solicitud de subsidio para impedido	16-7	
Subsidio ( indemnización) para la familia de un difunto	Accidente de trabajo	Solicitud de pensión y indemnización a la familia de un difunto	12	Jefe de la oficina de inspección de las normas laborales local
	Accidente en el desplazamiento por trabajo	Solicitud de pensión a la familia de un difunto	16-8	
	Accidente de trabajo	Solicitud del pago con indemnización único a la familia de un difunto	15	
	Accidente en el desplazamiento por trabajo	solicitud del pago único a la familia de un difunto	16-9	
Gastos funerarios(Subsidio funeral)	Accidente de trabajo	solicitud de los gastos funerarios	16	Jefe de la oficina de inspección de las normas laborales local
	Accidente en el desplazamiento por trabajo	subsidio funeral	16-10	
Subsidio ( indemnización) para asistente capacitado		Solicitud de subsidio y indemnización del asistente capacitado, del subsidio y indemnización del asistente capacitado	16-2-2	Jefe de la oficina de inspección de las normas laborales local





