

वविधि दाबीपत्रको भर्ने उदाहरण

1. स्वास्थ्योपचार भत्ता दाबीपत्र (फारम नं. 5)
2. स्वास्थ्योपचारको खर्च दाबीपत्र (फारम नं. 7)
3. बढि कषतपूरतभित्ता भुक्तानी दाबीपत्र (फारम नं. 8)
4. अपाङ्गता कषतपूरतभित्ता भुक्तानी दाबीपत्र (फारम नं. 10)
5. पीडति परिवार कषतपूरत एकमुष्ट रकम भुक्तानी दाबीपत्र (फारम नं. 15)
6. पीडति परिवार कषतपूरत पेन्सन भुक्तानी दाबीपत्र (फारम नं. 12)
7. काजक्रिया खर्च दाबीपत्र (फारम नं. 16)
8. केयर गभिडि कषतपूरतभित्ता भुक्तानी दाबीपत्र (फारम नं. 16-2-2)

स्वास्थ्योपचार भत्ताको भत्ता दाबीपत्र (फारम नं. 5) भरने उदाहरण

काममा आवत-जावत गर्दाको दुर्घटना भएमा फारम नं. 16-3

■ **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事項をよく読んで記入してください。**

業務災害用

療養補償給付たる療養の給付請求書

種別 **590** (1)官報局署 (2)業種別 (3)保留

性別 **♂** (男) (女) (不明)

労働者の生年月日 **1962/12/25** 負傷又は発病年月日 **2019/4/30**

労働者名 **धर तथा नाम (अङ्गरेजीमा)**

氏名 **धर तथा नाम (अङ्गरेजीमा)**

職業 **बैचम**

④受付年月日 **2019/5/1**

⑦支給・不支給決定年月日

⑩再発年月日

⑪労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

⑫労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

⑬労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

⑭労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

⑮労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

⑯労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

⑰労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

⑱労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

⑲労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

⑳労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㉑労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㉒労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㉓労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㉔労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㉕労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㉖労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㉗労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㉘労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㉙労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㉚労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㉛労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㉜労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㉝労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㉞労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㉟労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㊱労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㊲労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㊳労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㊴労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㊵労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㊶労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㊷労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㊸労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㊹労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㊺労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㊻労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㊼労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㊽労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㊾労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

㊿労働者名 (カタカナ) **シラキ ヴィミ**

⑲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)どのような不安定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)⑩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

⑳指定病院等の名称 **...** 所在地 **...** 電話 () -

㉑傷病の部位及び状態

㉒の者については、⑩、⑪及び⑫に記載したとおりであることを証明します。 年 月 日

事業の名称 ***व्यवसाय मालकि प्रमाणको सतम्भ** 電話 () -

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)

労働者の所属事業場の名称・所在地 **...** 電話 () -

(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は、療養補償給付のみの請求があつては、派遣元事業主は、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ください。

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。 年 月 日

労働基準監督署長 殿 **...** 電話 () -

住所 **...** () 方

氏名 **धर तथा नाम (अङ्गरेजीमा)**

支不支給決定決議書

署長	副署長	課長	係長	係	決定年月日
調査年月日					
復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号	

支不支給決定決議書

不支給の理由

① かつ
② かつ
③ かつ
④ かつ
⑤ かつ

折り曲げる場合には、()の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

チャップ印

आफैले हस्ताक्षर गर्ने भए छाप हान्न आवश्यक पर्ने छैन।

दाबी गर्ने व्यक्तिसंबन्धले लेखनुपर्ने भाग हो।

कम्पनीले लेखनुपर्ने भाग हो।

*कम्पनीबाट प्रमाण प्राप्त गर्न नसकेमा पेश गर्ने नरीकषण कार्यालयमा परामर्श गर्नुहोला।

स्वास्थ्योपचार खर्च भत्ता दाबीपत्र (फारम नं.7(1)(अघल्लो पृष्ठ)) भर्ने उदाहरण

काममा आवत-जायत गरदाको दुर्घटना भएमा फारम नं.16-5 (1)

समाप्त नभएमा कार्यस्थलमा लेखदिनको लागि अनुरोध गर्नुहोस्।

सम्बन्धित नम्बर, साल, महानाको क्रममा उल्लेख गर्नुहोस्।
सम्बन्धित नम्बर: संयोजक सम्बन्धित(1962/12/25 देखि 1989/1/7) भए 5 लेख्ने
हेडसेड सम्बन्धित(1989/1/8 देखि 2019/4/30) भए 7 लेख्ने
Relwa(2019/5/1) भए 9 लेख्ने

नामथर काताकानामा बीचमा एउटा कोठा छोडेर लेख्नुहोस्।

फुटुउ कोउजा (बचत खाता) भएमा "1" तोउजा (चलती खाता) भएमा "3" लेख्नुहोस्।

पुरुषले "1" महिला ले "3" लेख्नुहोस्।

आफैले हस्ताक्षर गर्ने भए छाप हान्न आवश्यक पर्ने छैन।

कम्पनीले लेख्नुपर्ने भाग हो।

यो चिकित्सा निकायले लेख्नुपर्ने भाग हो।

दाबी गर्ने व्यक्तिको सबैथप्ले लेख्नुपर्ने भाग हो।

चिकित्सा निकायले उल्लेख गर्ने सुतमभ

व्यवसाय मालिक प्रमाणको सुतमभ

दासी चटक भन्दा चक्किने दाबीमा जागरि छौडसिकेको

प्रमाण आवश्यक पर्ने छैन

कम्पनीबाट प्रमाण प्राप्त गर्न नसकेमा पेश गर्ने नरीकषण कार्यालयमा परामर्श गर्नुहोला।

स्वास्थ्योपचार खर्च भत्ता दाबीपत्र (फारम नं.7 (1) (पछिल्लो पृष्ठ)) भर्ने उदाहरण

様式第7号(1) (裏面)

労働者の所属事業場の名称・所在地	労働者(被保険者)の氏名	労働者(被保険者)の生年月日	労働者(被保険者)の性別	労働者(被保険者)の職名
事業場の名称・所在地	事業場の名称	事業場の所在地	事業場の業種	事業場の代表者の氏名
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				

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

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

療養の内訳及び金額

療養内容	回数	単価	金額	療養内容	回数	単価	金額
初診	回	円		再診	回	円	
専診	回	円		指導	回	円	
外来診療料	× 回	円		その他	回	円	
継続管理加算	× 回	円					
外来管理加算	× 回	円					
時間外	× 回	円		食事(基準)	円 × 日間	円	
休日	× 回	円			円 × 日間	円	
深夜	× 回	円			円 × 日間	円	
音導	回	円		小計	②	円	
在宅	回	円					
往診	回	円					
夜間	回	円		摘要			
緊急・深夜	回	円					
在宅患者訪問診療	回	円					
その他	回	円					
薬剤	回	円					
内服薬	× 回	円					
外用薬	× 回	円					
処方薬	× 回	円					
麻酔	回	円					
調剤	回	円					
注射	回	円					
皮下筋内	回	円					
静脈内	回	円					
その他	回	円					
医療	回	円					
薬剤	回	円					
手術	回	円					
保静	回	円					
検査	回	円					
薬剤	回	円					
画像診断	回	円					
その他	回	円					
処方せん	回	円					
薬剤	回	円					
入院	年 月 日	年 月 日					
病・診・衣	× 日間	円					
入院基本料・加算	× 日間	円					
	× 日間	円					
	× 日間	円					
特定入院料・その他	× 日間	円					
小計	点 ①	円		合計金額	①+②	円	

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

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

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

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

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	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
--------------------	-----	----	------------	----------------------	----	------

बढि कष्टपूरत भत्ता भुक्तानी दाबीपत्र (फारम नं. 8) भरने उदाहरण

業務災害用 労働者災害補償保険 休業補償給付支給申請書 (同一傷病分)
 標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ー
 コ サ シ セ ソ タ チ ツ テ ト ナ ニ ヌ
 ム メ モ ヤ ユ ヨ ラ リ ル レ ロ ワ ン
 काममा आवत-जावत गर्दाको दुर्घटना भएमा फारम नं.16-6

① 管轄局署 ③ 新傷病別 ④ 受付年月日 ⑤ 業種別 ⑥ 三者コード ⑦ 日雇コード ⑧ 特別加入者
 ※ 34360 1新 5進 7再 1業 1自 3労 5他 1日

⑨ 平均賃金 ⑩ 特別給付の額 ⑪ 日数 ⑫ 日給 ⑬ 特別支コード ⑭ 傷
 十 万 千 百 十 円 十 銭 千 万 百 十 万 千 百 十 円 1日 2日 3日 4日 5日

पुरुषले "1" महल्लाले "3" लेखनुहोस्।

थाहा नभएमा कार्यस्थलमा लेखदिनिको लागि अनुरोध गर्नुहोस्।

सम्बन्ध नम्बर, साल, महल्लाले क्रममा उल्लेख गर्नुहोस्।
 सम्बन्ध नम्बर : सयोजना सम्बन्ध (1962/12/25 देखि 1989/1/7) भए 5 लेखने हेडसेड सम्बन्ध (1989/1/8 देखि 2019/4/30) भए 7 लेखने Reiwa (2019/5/1) भए 9 लेखने

नामथर काताकानामा बीचमा एउटा कोठा छोडेर लेखनुहोस्।

स्वास्थ्योपचारको लागी शरम गर्न नसकेको अवधि (⑪) र, त्यस मध्ये ज्वाल पुराप्त नगरेको दिन सङ्ख्या (⑫) लेखनुहोस्।

फुचुड कोउजा (बचत खाता) भएमा "1" तोउजा (चलती खाता) भएमा "3" उल्लेख गर्नुहोस्।

以下の欄及び⑭、⑮、⑯の欄は、⑰、⑱の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明してください。
 ⑰、⑱の者が直接所属する事業場が一括適用の取扱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。
 ⑳、㉑の欄は、⑳から㉒までに記載したとおりであることを証明します。
 ㉓の欄は、㉔から㉕までに記載したとおりであることを証明します。
 ㉖の欄は、㉗から㉘までに記載したとおりであることを証明します。
 ㉙の欄は、㉚から㉛までに記載したとおりであることを証明します。

読んでから記入してください
 記入しないといけない
 記入します

① 労働者の性別 ② 労働者の生年月日
 1男 2女 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

④ 労働者の住所 ⑤ 郵便番号 ⑥ 支店コード
 ⑦ 支店名 (カタカナ) : 姓と名の間に1文字あけて記入してください。漢字・半角漢字は1文字として記入してください。

⑧ 勤務先の名称 (カタカナ) : 姓と名の間に1文字あけて記入してください。漢字・半角漢字は1文字として記入してください。

⑨ 口座番号 (左詰め、ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めにて記入し、空欄には「0」を記入。)

⑩ 口座の種類 ⑪ 口座番号 (左詰め、ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めにて記入し、空欄には「0」を記入。)

⑫ 口座の名称 (カタカナ) : 姓と名の間に1文字あけて記入してください。漢字・半角漢字は1文字として記入してください。

⑬ 口座の名称 (カタカナ) : 姓と名の間に1文字あけて記入してください。漢字・半角漢字は1文字として記入してください。

⑭ 口座の名称 (カタカナ) : 姓と名の間に1文字あけて記入してください。漢字・半角漢字は1文字として記入してください。

⑮ 口座の名称 (カタカナ) : 姓と名の間に1文字あけて記入してください。漢字・半角漢字は1文字として記入してください。

⑭、⑮、⑯の欄は、⑰、⑱の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明してください。
 ⑰、⑱の者が直接所属する事業場が一括適用の取扱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。

⑰ 事業の名称 ⑱ 事業場の所在地 ⑲ 事業主の氏名
 ⑳ 労働者の直接所属事業場名称所在地

⑳ 傷病の部位及び傷病名 ㉑ 療養の期間
 ㉒ 療養の現況 ㉓ 傷病の経過
 ㉔ 療養のため休業することになったことと認められる期間

㉕ ⑲の者については、㉖から㉗までに記載したとおりであることを証明します。

㉘ ⑲の者については、㉙から㉚までに記載したとおりであることを証明します。

㉛ ⑲の者については、㉜から㉝までに記載したとおりであることを証明します。

व्यवसाय मालकि प्रमाणको सतमभु
 दोसरो पटक भन्दा पछिको दाबीमा जागरि छोडसिकेको
 भावना समावेशक गरेको छैन।

चिकित्सा निकायले उल्लेख गर्ने सतमभु

㉜ ⑲の者については、㉜から㉝までに記載したとおりであることを証明します。

㉝ ⑲の者については、㉜から㉝までに記載したとおりであることを証明します。

㉞ ⑲の者については、㉜から㉝までに記載したとおりであることを証明します。

㉟ ⑲の者については、㉜から㉝までに記載したとおりであることを証明します。

㊱ ⑲の者については、㉜から㉝までに記載したとおりであることを証明します。

上記により 休業補償給付の支給を請求します。
 休業特別支給金の支給を申請
 年月日 住所 ⑫ 支店名 (カタカナ)
 ⑬ 請求人の氏名 ⑭ 支店名 (カタカナ)
 労働基準監督署長 殿

आफैले हस्ताक्षर गर्ने भए छाप हान्न आवश्यक पर्ने छैन।

दाबी गर्ने व्यक्तिसवयले लेखनुपर्ने भाग हो।

यो चिकित्सा निकायले लेखनुपर्ने भाग हो।

कम्पनीले लेखनुपर्ने भाग हो।

*कम्पनीबाट परमाण पुराप्त गर्न नसकेमा पेश गर्ने नरीकषण कार्यालयमा परामर्श गर्नुहोला।

अपाङ्गता कृषतपूरत भित्ता भुक्तानी दाबीपत्र (फारम नं. 10) भरने उदाहरण

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

पुरुषले "म" मार महिलाले "म" मार (गोलो) चनिह लागउनुहोस्।

काममा आवत-जावत गर्दाको दुर्घटना भएमा फारम नं. 16-7

थाहा नभएमा कार्यस्थलमा लेखदिको लागि अनुरोध गर्नुहोस्।

दुर्घटना घटेको स्थान, उक्त समयको काम सम्बन्धी जानकारी, सधर्ति सप्ट पारनुहोस्।

उही घाउचोट वा बगिरी सम्बन्धमा करमचारी पेन्सन बमि लागयतको पेन्सन भुक्तानी गरनि अवस्थामा मात्र भरनुहोस्।

③ 氏名 थर तथा नाम (अङ्ग्रेजीमा) (男・女) ④ 生年月日 जन्म मिति 月 日 (उमेर 歳) ⑤ 住所 ठेगाना ⑥ 職 वर्ग ⑦ 所屬事業場 नाम・所在地	⑧ 負傷又は発病年月日 年 月 日 ⑨ 傷病の治癒した年月日 年 月 日 ⑩ 平均賃金 円 銭 ⑪ 特別給与の総額(年額) 円 銭
⑫ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所であつたか(い)どのような作業をしてゐたか(か)どのような物又は環境に(こ)どのような不安全な又は有害な状態があつた(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること दुर्घटनाको कारण एवम् घट्टाको अवस्था	
⑬ 厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード ⑭ 被保険者資格の取得年月日 ⑮ 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	⑯ 所轄年金事務所等 ⑰ 事業の名称 ⑱ 電話 () - 年 月
⑲ 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) [注意] ⑲の⑳及び㉑については、㉒の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。	
⑳ 障害の部位及び状態 (診断書のとおり) ㉑ 添付する書類その他の資料名 ㉒ 年金の払渡しを希望する金融機関又は郵便局	㉓ ⑩の⑪及び⑫については、⑬の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。 ㉔ 既存障害がある場合にはその部位及び状態 ㉕ 預金通帳の記号番号 ㉖ 郵便局コード ㉗ 支店・支所 ㉘ 支店・支所 ㉙ 支店・支所 ㉚ 支店・支所
㉛ 上記により 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	
㉜ 請求人の住所 ㉝ 請求人の氏名 ㉞ 個人番号	㉟ 請求人の住所 ㊱ 請求人の氏名 ㊲ 個人番号
㊳ 振込を希望する金融機関の名称 ㊴ 預金の種類及び ㊵ 口座名義人	

दाबी गर्ने व्यक्तिलाई सवयंले लेखनुपर्ने भाग हो।

कम्पनीले लेखनुपर्ने भाग हो।

आफैले हस्ताक्षर गर्ने भए छाप हान्न आवश्यक पर्ने छैन।

पीडित परिवार कषतपूरत पेन्सन भुक्तानी दाबीपत्र (फारम नं. 12) भर्ने उदाहरण

काममा आवत-जावत गरदाको दुर्घटना भएमा फारम नं. 16-8

पुरुषले "म" मा र महिलाले "अ" मा (गोली) चिन्ह लगाउनुहोस्।

遺族補償年金支給申請書
遺族特別支給年金支給申請書

業務災害用 労働者災害補償保険

① 労働保険番号
府県 所管 管轄 基幹 番号 枝番号

② 年金証書の番号
書局 種別 西暦年 番号 枝番号

③ 死亡労働者の氏名
死亡労働者の氏名 (男・女)
生年月日 年 月 日 日 時 分 秒 歳
個人番号
職種 職業
所属事業場 名称・所在地

④ 負傷又は発病年月日
負傷又は発病年月日 年 月 日 時 分 秒
⑤ 死亡年月日
死亡年月日 年 月 日
⑦ 平均賃金
平均賃金 円 銭

⑥ 災害の原因及び発生状況
(あ)どのような場所(い)どのような作業をしていたときに(か)どのような物又は機械に(ク)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

⑧ 特別給与の総額(年額)
特別給与の総額(年額) 円

⑨ 当該死亡に関して支給される年金の種類
厚生年金保険法のイ 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

⑩ 請求人
請求人(申請人)の氏名
住所
電話番号

⑪ 希望する受取先
希望する受取先(銀行・金庫)の名称
支店・出張所
口座番号

⑫ 添付する書類その他の資料名

⑬ 希望する受取先
希望する受取先(銀行・金庫)の名称
支店・出張所
口座番号

⑭ 特別支給金について振込を希望する金融機関の名称
特別支給金について振込を希望する金融機関の名称
本店・本所
出張所
支店・支所

⑮ 請求人(申請人)の住所
請求人(申請人)の住所
郵便番号

⑯ 請求人(申請人)の氏名
請求人(申請人)の氏名
印

⑰ 請求人(申請人)の電話番号
請求人(申請人)の電話番号

⑱ 請求人(申請人)の個人番号
請求人(申請人)の個人番号

⑲ 請求人(申請人)の職業
請求人(申請人)の職業

⑳ 請求人(申請人)の収入
請求人(申請人)の収入

㉑ 請求人(申請人)の資産
請求人(申請人)の資産

㉒ 請求人(申請人)の負債
請求人(申請人)の負債

㉓ 請求人(申請人)の家族
請求人(申請人)の家族

㉔ 請求人(申請人)のその他
請求人(申請人)のその他

थाहा नभएमा कार्यस्थलमा लेखदिनिको लागि अनुरोध गर्नुहोस्।

दुर्घटना घटेको तथ्य पुष्टि गर्ने व्यक्तिको पद, नामधर उल्लेख गर्नुहोस्।

उही घाउचोट वा बमारी सम्बन्धमा कर्मचारी पेन्सन बमि लगायतको पेन्सन भुक्तानी गरिने अवस्थामा मात्र भर्नुहोस्।

दाबी गर्ने व्यक्तिको नामधर, जन्ममिति, ठेगाना, प्रभावित व्यक्तिसँगको सम्बन्ध, अपाङ्गता भए नभएको उल्लेख गर्नुहोस्।

दाबी गर्ने व्यक्तिको बाहेकको पीडित परिवार कषतपूरत पेन्सन पूरापूत गर्न सक्ने पीडित परिवार लेखनुहोस्।

आपाङ्गता भएको अवस्थामा "छ" मा, नभएको अवस्थामा "एन" मा (गोली) चिह्न लगाउनुहोस्।

दाबी गर्ने व्यक्तिसँग एउटै घरपरिवार अन्तर्गत रहेको छ? एउटै भएमा "हो" मा, फरक भएमा "होइन" मा (गोली) चिह्न लगाउनुहोस्।

दाबी गर्ने व्यक्तिको सवयले लेखनुपर्ने भाग हो।

कम्पनीले लेखनुपर्ने भाग हो।

आफैले हस्ताक्षर गर्ने भए छाप हान्न आवश्यक पर्ने छैन।

पीडति परिवार कषतपूरत एकमुष्ट रकम भुक्तानी दाबीपत्र (फारम नं. 15) भरने उदाहरण

様式第15号 (表面)

काममा आवत-जायत गरदाको दुर्घटना भएमा फारम नं.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

पुरुषले "男" मा र महलिले "女" मा ○ (गोले) चनिह लगाउनुहोस्।

थाहा नभएमा कार्यस्थलमा लेखदिनिको लागि अनुरोध गर्नुहोस्।

दुर्घटना घटेको तथ्य पुष्टा गर्ने व्यक्तिको पद, नामथर उल्लेख गर्नुहोस्।

दाबी गर्ने व्यक्तिको नामथर, जन्ममिति, ठेगाना, प्रभावति व्यक्तिसँगको सम्बन्ध, अगाडगता भए नभएको उल्लेख गर्नुहोस्।

① 労働保険番号 府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号 शरम कि बर्गिा नम्बर		③ 死亡労働者の 氏名 (男・女) धर तथा नाम (अङ्ग्रेजीमा)		④ 負傷又は発病年月日 मोटपटक लागेको अथवा सिरामी भएको मिति 午後 時 分 頃	
② 年金証書の番号 種別 西暦年 番号 枝番号		生年月日 年 月 日 (歳) जन्म मिति		⑤ 死亡年月日 मृत्यु भएको मिति 年 月 日	
⑥ 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)どのような物又は電機に(エ)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 दुर्घटनाको कारण एवम् घट्टाको अवस्था		職種 पेशा 所属事業場 名称 所在地		⑦ 平均賃金 औसत ज्याला 円 銭	
⑧ 特別給付の総額(年額) 特別給付金 (月給 円) × 12 (年) = 円		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。		⑨ 特別給付の総額(年額) 特別給付金 (月給 円) × 12 (年) = 円	
⑨ 請求人 氏名 धर तथा नाम (अङ्ग्रेजीमा)		生年月日 年 月 日 जन्म मिति		住所 ठेगाना	
⑩ 添付する書類その他の資料名 सङ्लग्न गर्ने कागजात अन्य कागजपत्रको नाम		請求人(申請人)の代表者を 兼任しないときはその理由 दाबी गर्ने व्यक्तिको सम्बन्ध		電話 () -	
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		請求人(申請人)の住所 氏名 धर तथा नाम (अङ्ग्रेजीमा)		電話 () -	
振込を希望する金融機関の名称 खाता名 振込希望する金融機関の名称 振込希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号 普通・当座 口座名義人		電話 () -	
銀行・金庫 農協・漁協・信組		本店・本所 出張所 支店・支所		電話 () -	

दाबी गर्ने व्यक्तिको सिवयले लेखनुपर्ने भाग हो।

कम्पनीले लेखनुपर्ने भाग हो।

आफैले हस्ताकषर गर्ने भए छाप हान्न आवश्यक पर्ने छैन।

काजक्रिया खर्च दाबीपत्र (फारम नं.16) भरने उदाहरण

様式第16号(表面)
業務災害用

काममा आवत-जावत गर्दाको
दुर्घटना भएमा फारम नं.16-10

労働者災害補償保険 葬祭料請求書

पुरुषले "男" मा र महिलाले
"女" मा ○ (गोलो) चनिह
लगाउनुहोस्।

① 労働保険番号				③ 氏名				⑤ 死亡労働者の関係			
府県		所管管轄		基幹番号		枝番号		氏名			
श्रमिक बर्गमा नम्बर Workers				請求人				死亡労働者の関係			
② 年金証書の番号				住所				⑥ 負傷又は発病年月日			
管轄局		種別		西暦年		番号		年月日			
④ フリガナ				氏名				年月日			
死亡労働者の				氏名				年月日			
所属事業場の				氏名				年月日			
名称所在地				氏名				年月日			
災害の原因及び発生状況				氏名				年月日			
平均賃金				氏名				年月日			
円				氏名				年月日			
銭				氏名				年月日			
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。											
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)											
⑨ 添付する書類その他の資料名				内容							
上記により葬祭料の支給を請求します。				内容							
年 月 日				〒				電話番号			
請求人の住所				〒				電話番号			
労働基準監督署長 殿				氏名				印			
振込を希望する金融機関の名称											
銀行・金庫				本店・本所				預金の種類及び口座番号			
農協・漁協・信組				出張所				普通・当座			
支店・支所				支店・支所				口座名義人			

दुर्घटना घटेको तथ्य पुष्टी गरने
व्यक्तिको पद, नामधर उल्लेख
गर्नुहोस्।

दुर्घटनाको कारण एवम् घट्टाको
अवस्था

दाबी गर्ने व्यक्त सवयले
लेखनुपर्ने भाग हो।

कम्पनीले लेखनुपर्ने भाग
हो।

आफैले हस्ताक्षर गर्ने भए
छाप हान्न आवश्यक पर्ने छैन।

केयर गभिडि (कषतपूरता) भत्ता भुक्तानी दाबीपत्र (फारम नं.16-2-2) भरने उदाहरण

■ 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
012345イキシチニヒ

कार्यस्थलको दुरुघटना भएमा "केयर गभिडि कषतपूरता भत्ता" मा, काममा आवत-जावत गर्दाको दुरुघटना भएमा "केयर गभिडि भत्ता" मा ○(गोलो) चहिन लगाउनुहोस्।

※ 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

ペネसन परमाणपत्र लएको भएमा पेनेसन परमाणपत्रको नम्बर लेखनुहोस्।

(注意) ⑤ 官職類別

⑤ 西曆年

⑤ 番号

⑤ 介護給付の種類

(ハ) 障害の部位及び状態並びに当該障害を有することに伴う日常生活

पुरापत गरिहेको पेनेसनको परकारमा चेक लगाएर श्रेणी लेखनुहोस्

※印の欄

⑥ 氏名 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左づめで記入してください。

⑦ 生年月日

氏名 姓 तथा नाम (अङ्ग्रेजीमा)

住所 ठेगाना

सम्बत नम्बर, साल, महानिको क्रममा उल्लेख गर्नुहोस्।
(Heisei (1989/1/8 देखि 2019/4/30) भए 7 लेखने।)
Reiwa(2019/5/1) भए 9 लेखने

⑧ (ホ) 請求対象年月

⑨ 費用を支出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

खरच भुक्तानी गरेर केयर गभिडि पुरापत गरेको दिन सङ्ख्या लेखनुहोस्।

दायाँको सूतम्भ एवम् ①-④ सम्भामा नयाँ खाता जानकारी गराउने बेलामा अथवा खाता परिवर्तन गर्ने बेलामा मातर लेखनुहोस्।

⑪ 口座名義人

⑫ 金融機関コード

⑬ (ア) 預貯金の種別

⑬ (イ) 口座番号

⑬ (ロ) 支店番号

⑬ (ハ) 口座名義人

बासस्थानमा केयर गभिडि पुरापत गरिहेको खण्डमा "क" मा, सुविधास्थलहरूबाट केयर गभिडि पुरापत गरिहेको खण्डमा "ख" मा ○(गोलो) चहिन लगाउनुहोस्।

所在地	अवस्थिति ठेगाना	名称	名前
伊 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
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
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

केयर गभिडि गरिहेको व्यक्त, आफ्नूत भएमा "क" साथी तथा चनिजानको व्यक्त भएमा "ख", नर्स तथा हाउसमेट भएमा "ग", केयर गभिडि दिन सुविधास्थलका कामदार भएमा "घ" मा ○(गोलो) चहिन लगाउनुहोस्।

तपाईंको लागी केयर गभिडि सेवा दिन व्यक्त सम्बन्धमा, नामथर, जन्ममति, नाता, केयर गभिडि अवधि, (केयर गभिडि सेवाको सबैभन्दा पहिलो र अन्तमि दिन) एवम् केयर गभिडि सेवा पाएको दिन सङ्ख्या लेखनुहोस्।
वर्गीकरण "ग", "घ" भएको अवस्थामा भने, नामथर, जन्ममति, नाता लेखनु पर्दैन।

上記により 介護補償給付の支給を 介護給付 請求します。

請求人の 住所 電話

氏名 姓 तथा नाम (अङ्ग्रेजीमा)

労働基準監督署長 殿

ケयर गभिडि को तथय सम्बन्धी नविदेन [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	ケयर गभिडि गरएका व्यक्तलाई ठेगाना, नामथर, टेलफोन नं. लेखनुहोस्।
氏 名	धर तथा नाम (अङ्ग्रेजीमा)
印	छाप
電話 番号	डेलफिन

आफैले हस्ताक्षर गर्ने भए छाप हानन आवश्यक पर्ने छैन।

प्रत्येक भत्ताको दाबी फारमका प्रकार एवम् पेश गर्ने ठाउँ

भत्ताको प्रकार	कार्यस्थलको दुर्घटना हो या काममा आवत-जावत गर्दाको दुर्घटनाको	दाबीपत्रको शीर्षक	फारम नम्बर	पेश गर्ने ठाउँ
स्वास्थ्योपचार (क्षतपूरति) भत्ता	कार्यस्थल दुर्घटना	स्वास्थ्योपचार क्षतपूरति भत्ताको लागि चाहिने स्वास्थ्योपचार भत्ता दाबीपत्र	नं. 5	अस्पताल या औषधी पसलको काम सधियाएर क्षेत्राधिकार भएको श्रम मानक नरीक्षण कार्यालय प्रमुख
	काममा आवत-जावत गर्दाको दुर्घटना	स्वास्थ्योपचार भत्ताको लागि चाहिने स्वास्थ्योपचार भत्ता दाबीपत्र	नं. 16-3	
	कार्यस्थल दुर्घटना	स्वास्थ्योपचार क्षतपूरति भत्ताको लागि चाहिने स्वास्थ्योपचार भत्ता दाबीपत्र	नं. 7	क्षेत्राधिकार भएको श्रम मानक नरीक्षण कार्यालय
	काममा आवत-जावत गर्दाको दुर्घटना	स्वास्थ्योपचार भत्ताको लागि चाहिने स्वास्थ्योपचार भत्ता दाबीपत्र	नं. 16-5	
बढि (क्षतपूरति) भत्ता	कार्यस्थल दुर्घटना	बढि क्षतपूरति भत्ता भुक्तानी दाबीपत्र	नं. 8	क्षेत्राधिकार भएको श्रम मानक नरीक्षण कार्यालय
	काममा आवत-जावत गर्दाको दुर्घटना	बढि भत्ता भुक्तानी दाबीपत्र	नं. 16-6	
अपाङ्गता (क्षतपूरति) भत्ता	कार्यस्थल दुर्घटना	अपाङ्गता क्षतपूरति भत्ता भुक्तानी दाबीपत्र	नं. 10	क्षेत्राधिकार भएको श्रम मानक नरीक्षण कार्यालय
	काममा आवत-जावत गर्दाको दुर्घटना	अपाङ्गता भत्ता भुक्तानी दाबीपत्र	नं. 16-7	
पीडति परिवार (क्षतपूरति) भत्ता	कार्यस्थल दुर्घटना	पीडति परिवार क्षतपूरति पेन्सन भुक्तानी दाबीपत्र	नं. 12	क्षेत्राधिकार भएको श्रम मानक नरीक्षण कार्यालय
	काममा आवत-जावत गर्दाको दुर्घटना	पीडति परिवार पेन्सन भुक्तानी दाबीपत्र	नं. 16-8	
	कार्यस्थल दुर्घटना	पीडति परिवार क्षतपूरति एकमुष्ट रकम भुक्तानी दाबीपत्र	नं. 15	
	काममा आवत-जावत गर्दाको दुर्घटना	पीडति परिवार एकमुष्ट रकम भुक्तानी दाबीपत्र	नं. 16-9	
काजकरिया खर्च (काजकरिया भत्ता)	कार्यस्थल दुर्घटना	काजकरिया खर्च दाबीपत्र	नं. 16	क्षेत्राधिकार भएको श्रम मानक नरीक्षण कार्यालय
	काममा आवत-जावत गर्दाको दुर्घटना	काजकरिया भत्ता दाबीपत्र	नं. 16-10	
केयर गभिडि (क्षतपूरति) भत्ता		केयर गभिडि क्षतपूरति भत्ता, केयर गभिडि भत्ता भुक्तानी दाबीपत्र	नं. 16-2-2	क्षेत्राधिकार भएको श्रम मानक नरीक्षण कार्यालय

