各种申请书的填写范例

1. 疗养赔付申请书（格式第5号）
2. 疗养费用赔付申请书（格式第7号）
3. 停工补偿赔付支付申请书（格式第8号）
4. 残障补偿赔付支付申请书（格式第10号）
5. 遗属补偿临时金支付申请书（格式第15号）
6. 遗属补偿年金支付申请书（格式第12号）
7. 丧葬费申请书（格式第16号）
8. 护理补偿赔付支付申请书（格式第16号之2-2）

疗养赔付申请书（格式第5号）　（填写范例）

属通勤灾害时，使用格式第16号的3

■ 様式第５号(表面)　労働者災害補償保険

業務災害用

療養補償給付たる療養の給付請求書

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。

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	ン	

如有不明，诸由工作单位填写。

①管轄局署　②業通別　③保留　⑥処理区分

請按年号，年月的顺序记载。
年号：昭和是5
平成是7
令和是9

④受付年月日

⑤労働保険番号　所掌　管轄　基幹番号　枝番号

公伤补偿金号码

年金証書番号記入欄

⑦支給・不支給決定年月日

⑧性別　⑨労働者の生年月日　⑩負傷又は発病年月日

生日　受伤或发病日期

⑪再発年月日

シメイ(カタカナ)：姓と名の間は１文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

事业主证明栏

⑬三者　⑭特疾　⑮特別加入者

氏　名　名称　(年齢歳)

⑰負傷又は発病の時刻　受伤或发病时间　午前/午後　時　分頃

⑯郵便番号　フリガナ　郵编

住　所　住所

⑱災害発生の事実を確認した上司の職名、氏名

職名　职位

職　種　职位类别　氏名　名称

⑲災害の原因及び発生状況　灾害的原因及发生状况

(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(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

请注明：
①发生在何处
②发生在何状况下
③在进行何种作业时发生
④因何种原因发生
⑤发生了何种灾害

⑳指定病院等の　名称　電話(　　)　－

所在地　〒　－

㉑傷病の部位及び状態

⑫の者については、⑩、⑰及び⑲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　電話(　　)　－

事業場の所在地　〒　－

事業主の氏名　※经营者证明栏　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、療養補償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

根据上述内容请求医疗补偿福利的医疗费

労働基準監督署長　殿

〒　邮编　－　電話(　　)　－　电话

医院院长姓名　病院　診療所　薬局　訪問看護事業者　経由

請求人的請求人の　住　所　住所　(　　方)

氏　名　名称　印

如亲自签名，则无需加盖印章。

署　長	副署長	課　長	係　長	係	決定年月日	・　・
					不支給の理由	
調査年月日	・　・	・　・	・　・			
復命書番号	第　号	第　号	第　号			

支給決定決議書　不支給

(この欄は　ください。)

■

申请人亲自填写部分。　工作单位填写部分。

※如无法从工作单位获得证明时，请向提交本件的监督署进行咨询。

※印の欄は記入しない。(職員が記入する。)

◀ 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。

標準字体で記入し

如为男性则填写“1”，如为女性，则填写“3”。

姓和名之间空一格，并用片假名填写。

诸填写对灾害发生的事实进行确认者的姓名。

疗养费用赔付申请书（格式第7号）（1）（正面）（填写范例）

属通勤灾害时，使用格式第16号的5 (1)

■ 様式第７号（１）（表面）

業務災害用

第　回

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

如有不明，请由工作单位填写。

帳票種別 ※ 34260　①管轄局署　②業通別 1 1業 3通　⑧受付年月日　⑩　⑪委任未支給 1 自 3 労 5 他　1 委任 3 未支給 5 委未　⑫特別加入者　⑬審査コード

（注意）一、□□□で表示された枠に記載すべき事項のない場合は、必ず空欄のまま記載すること。二、記載された「標準字体」にならって、枠からはみだすことのないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。三、記入枠の部分は、ペンを使用し、空欄のまま記載すること。（ただし、⑤及び⑥欄並びに⑥及び⑦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。）

③労働保険番号　公伤补偿金号码　④年金証書番号

⑤労働者の性別 1 男 3 女　如为男性则填写“1”如为女性则填写“3”。

⑥労働者の生年月日 1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和　生日

⑦負傷又は発病年月日　受伤或发病日期

請按年号，年月的顺序记载。年号：昭和是5　平成是7　令和是9

⑨労働者の氏名　姓名　シメイ（カタカナ）：姓と名の間は１文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

姓和名之间空一格、并用片假名填写。

年齢（　歳）

住所　住所　㉖郵便番号　邮编

⑮ ※郵便局コード　店舗

新規・変更

⑯預金の種類 1 普通 3 当座　存款种类

⑰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、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。）　户头帐号

⑱名義人（カタカナ）：姓と名の間は１文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。　名义人（片假名）

⑲（つづき）メイギニン（カタカナ）

⑲の欄は、口座を届け出る場合のみ記入してください。更新する場合、又は、届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

⑳口座を希望する金融機関の名称　銀行・金庫・農協・漁協・信組　本店・本所・出張所・支店・支所　个别银行名　分行名

口座名義　名义人

普通帐户时填写“1”，“3”支票帐户时填写。

※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記入してください。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。

▶ ◀

⑨の者については、⑦並びに裏面の(ヌ)及び(ヲ)に記載したとおりであることを証明します。

経营者证明栏

事業の名称　　電話（　　）　－

年　月　日　事業場の所在地　〒　－

※ 从第二次开始申请时，如是离职的情况就没有必要记载。

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）

（注意）派遣労働者について、療養補償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こと裏面に記載してください。

医師又は歯科医師等の証明

医疗机构填写栏

療養の内容　(イ)期間　（年）月から　年　月　日まで　日間　診療実日数　实际诊疗天数

(ロ)傷病の部位及び傷病名　伤病部位以及伤病名称

(ハ)傷病の経過の概要　伤病经过的概要

年　月　日　治癒（症状固定）・継続中・転医・中止・死亡　疗愈・继续中・转院・停止・死亡

⑨の者については、(イ)から(ニ)までに記載したとおりであることを証明します。

年　月　日　〒　－郵政編码

病院又は診療所の医院或者诊疗所的　所在地　地址

名称　名称　電話（　）　－　电话

診療担当者氏名　诊疗负责人姓名　签字　印

(ニ)療養の内訳及び金額（内訳裏面のとおり。）　千　円

(ホ)看護料　护理费　年　月　日から　年　月　日まで　日間（看護師の資格の有・無）

(ヘ)移送費　转移费　から　まで　片道・往復　キロメートル　回

(ト)上記以外の療養費（内訳別紙請求書又は領収書　枚のとおり。）　劳働灾害赔偿金

(チ)療養の給付を受けなかった理由　没受到疗养的供给的理由

⑳療養に要した費用の額（合計）　对于疗养需要的费用的额　千万　百万　十万　万　千　百　十　円

㉑費用の種別 ※ 1 診療 2 看護 3 移送 4 装具 5 診断書

㉒療養期間の初日　から

㉓療養期間の末日　まで

㉔診療実日数　日

㉕転帰事由 1 治癒（症状固定） 3 継続 5 転医 7 中止 9 死亡

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。

年　月　日　〒　－　邮编　電話（　）　－　电话

年　月　日　住所　住所　（　方）

請求人の　请求人的　氏名　名称　签字　印

如亲自签名，则无需加盖印章。

労働基準主教練署長
労働基準監督署長　殿

申请人亲自填写部分。　医疗机构填写部分。　工作单位填写部分。

※如无法从工作单位获得证明时，请向提交本件的监督署进行咨询。

疗养费用赔付申请书（格式第7号）（1）（背面）（填写范例）

様式第7号（1）（裏面）

(ｲ) 労働者の所属事業場の名称・所在地　劳动者所属公司的名称和所在地

(ｴ) 負傷又は発病の時期　午前/午後　時　分頃

(ｵ) 災害発生の事実を確認した者の　職名位　氏名

请填写对灾害发生的事实进行确认者的姓名。

(ｶ) 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詳細に記入すること

灾害原因以及发生状况

療養の内訳及び金額

診療内容	保険点	診療内容	金額	摘要
初診 時間外・休日・深夜	点	初診	円	
再診 外来診療料		再診	円	
継続管理料		指導	円	
外来管理加算		その他	円	
時間外				
休日		食事	円	
深夜		小計 ②	② 円	
訪問看護		摘要		
在宅 往診				
夜間				
緊急・深夜				
在宅患者訪問診療				
その他				
薬剤				
投薬 内服 薬剤				
注射				
処置				
手術				
検査				
画像診断				
その他 処方せん				
入院 入院料				
小計	点 ①		円	
合計金額 ①+②			円	

医疗机构填写栏

（请记载医疗内容以及金额。）

请注明：
①发生在何处
②发生在何状况下
③在进行何种作业时发生
④因何种原因发生
⑤发生了何种灾害

派遣元事業主が証明する事項（表面の(ｴ)及び(ｶ)、(ｸ)）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　年　月　日　事業の名称　電話番号　事業場の所在地　郵便番号　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　加　字　印

社会保険労務士記載欄　作成年月日提出代行者の表示　氏　名　印　電話番号

停工补偿赔付支付申请书（格式第8号） 填写范例

■ 様式第８号(表面)

業務災害用

労働者災害補償保険
休業補償給付支給請求書
休業特別支給金支給申請書（同一傷病分）

属通勤灾害时，使用格式第16号的6

帳票種別 ※ 3 4 3 6 0

①管轄局署 ③新継再別 ④受付年月日 ⑧業通別 ⑨三者コード ⑩日雇コード ⑪特別加入者

⑰平均賃金 ⑱特別給与の額 ⑬日数査定 ⑭特支コード ⑮委任

如为男性则填写“1”，如为女性则填写“3"。

如有不明，请由工作单位填写。

②労働保険番号 庶県 所掌 管轄 基幹 番号 枝番号 ⑤労働者の性別 ⑥労働者の生年月日

劳动保险号码 出生日期

姓和名之间空一格、并用片假名填写。

⑫労働者 氏名 シメイ（カタカナ）：姓と名の間は１文字あけて記入してください。濁点・半濁点は１文字として記入してください。 （ 歳）

姓名

⑦負傷又は発病年月日 負伤或者发病年月日

請按年号，年月的顺序记载。
年号：昭和是5
平成是7
令和是9

住所 ㉗郵便番号 地址 邮政编码

⑲のため労働できなかった期間 因伤疗养未能工作的期间 から まで

㉙賃金を受けなかった日の日数（内訳別紙） 没有工资的天数

请填写因疗养而无法工作的期间（⑲）和其中未领到工资的天数（⑳）。

普通帐户时填写“1”，“3”支票帐户时填写。

㉒、㉔、㉕、㉖欄は、口座を新規に出る場合、又は、届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

新規・変更

㉓預金の種類 1普通 3当座 存款种类

㉔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、番号は右詰めで記入し、空欄には「０」を記入。） 账户号码

振込を希望する金融機関の名称 所希望的银行名称 銀行・金庫 農協・漁協 信組

支店名称 本店・本所 出張所 支店・支所

口座名義人 账号名义人

㉕ メイギニン（カタカナ）：姓と名の間は１文字あけて記入してください。濁点・半濁点は１文字として記入してください。 帐户持有人的全称

㉖ （つづき）メイギニン（カタカナ）

仅当首次申报账户或变更已申报的账户时，才需填写㉓㉔㉕㉖及左侧的账户持有人栏。

㉑金融機関コード 金融機関 店舗

㉒郵便局コード

▶ 記入枠の部分は、必ず記載すべき事項のない場合は□□□で表示された記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。を選択する場合には該当事項を○で囲んでください。（ただし、⑤及び㉓欄並びに⑥、⑦及び⑲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。）字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、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。

◎裏面から記入してください。

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。

⑫の者については、⑦、⑲、⑳、㉜から㉟まで（㉝の(ハ)を除く。）、及び別紙２に記載したとおりであることを証明します。

经营者证明栏

年 月 日

事業の名称 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）

※ 第二次起的申请如在离职后进行，则不需要。

労働者の直接所属事業場名称所在地 電話（ ） －

（注意）
1．㉝の(イ)及び(ロ)については、⑫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。
2．労働者の直接所属事業場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。

1回目の請求書には、必ず記入してください。（死傷病報告提出年月日 年 月 日）

医疗机构填写栏

診療担当者の証明

㉘傷病の部位及び傷病名 伤病的部位以及伤病名

㉙療養の期間 疗养期间 年 月 日から 从年 月 日到年 月 日为止的 日まで 天 日間 治疗实际天数 日 診療実日数 日

傷病の経過 伤病的经过

㉚療養の現況 年 月 日 治癒（症状固定）・死亡・転医・中止・継続中 疗养的现状 年 月 日 痊愈・死亡・转院・停止・继续中

㉛療養のため労働することができなかったと認められる期間 被认定为因为疗养不能工作的期间 年 月 日から 从年 月 日到年 月 日为止的 日まで 天 日間のうち 日期 日

⑫の者については、㉘から㉛までに記載したとおりであることを証明します。 证明对⑫的人员，从㉘到㉛所记载的内容全部是正确。

年 月 日 〒 － 電話（ ） － 电话

病院又は診療所の所在地 所在地

名称 名称

医院或者诊疗所的

診療担当者氏名 诊疗负责人姓名 印 签字

上記により休業補償給付（休業特別支給金）の支給を請求します。

年 月 日 〒 郵政編码 － 電話（ 电话 ） －

年 月 日 住所 地址 （ 方）

申請人的 請求人の 申請人 氏名 姓名 印 签字

如亲自签名，则无需加盖印章。

労働基準監督署長 殿

■ 申请人亲自填写部分。 医疗机构填写部分。 工作单位填写部分。

※如无法从工作单位获得证明时，请向提交本件的监督署进行咨询。

残障补偿赔付支付申请书（格式第10号）填写范例

様式第10号 （表面）

属通勤灾害时，使用格式第16号的7

请根据性别，分别用○标注“男”或“女”。

労働者災害補償保険
障害補償給付支給請求書
障害特別支給金
障害特別年金 支給申請書
障害特別一時金

① 労働保険番号 府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号
労动保险号码

如有不明，请向劳动基准署确认。

② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号

③ 労働者の 氏名 姓名（男・女） 生年月日 年 月 日（ 歳） 住所 職種 所属事業場名称・所在地

④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 前・後 時 分頃
负伤或者发病的年月日

⑤ 傷病の治ゆした年月日
伤病痊愈的年月日

⑥ 災害の原因及び発生状況（災害発生場所、作業内容、状況等を簡明に記載すること。）
灾害原因以及发生状况

请注明灾害发生时的地点、此时的作业内容和状况。

⑦ 平均賃金 平均工资 円 銭

⑧ 特別給与の総額（年額） 円

⑨ 厚生年金保険給付の支給関係

⑦ 基礎年金番号 基础年金号码

⑩ 被保険者資格の取得年月日 被保险者资格取得年月日

⑨ 当該傷病に関して支給される年金の種類等

年金の種類 厚生年金保険法の イ、障害年金 ロ、障害厚生年金 国民年金法の イ、障害年金 ロ、障害基礎年金 船員保険法の障害年金
年金的种类

障害等級 障碍等级 級

支給される年金の額 被支付的年金额 円

支給されることとなった年月日 被支付的年月日 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 基础年金号码以及年金证书的年金号码

所轄年金事務所等 所管辖年金机构

仅当以相同的伤病领取厚生年金保险等年金时才需填写。

③の者については、④、⑥から⑧まで並びに⑨の⑦及び⑨に記載したとおりであることを証明します。

事業の名称 電話番号 局 番

年 月 日 事業場所在地 郵便番号

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〕⑨の⑦及び⑨については、③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。

经营者证明栏

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 只限于有被保险者资格者的证明

⑫ 添付する書類その他の資料名 障碍部位以及其状态

⑬ 年金の払渡しを受けることを希望する金融機関 郵便局
接受年金时所希望的金融机构或邮局

金融機関（支店等を除く。）（郵便貯金銀行の郵便局を除く。）
名称 ※金融機関店舗コード
金融机构名称 銀行・金庫 農協・漁協・信組 支店名称 本店・本所 出張所 支店・支所
預金通帳の記号番号 普通・当座 第 銀行编码 号

郵便貯金銀行の郵便局（支店等又は郵便局を除く。）
フリガナ 名称 ※郵便局コード
邮政储蓄的名义（片假名）
郵便局
所在地 都道府県 市郡区 地址
預金通帳の記号番号 地址 第 号

上記により 障害補償給付の支給を請求します。 障害特別支給金 障害特別年金の支給を申請します。 障害特別一時金

郵政编码 郵便番号 電話番号 局 番 电话

申请年月日 年 月 日

申请人的 請求人 申請人 の 住所 地址 氏名 姓名 ㊞ 署名

労働基準監督署長 殿

振込を希望する金融機関の名称 接受年金时所希望的金融机构 銀行・金庫 農協・漁協・信組 支店名称 本店・本所 出張所 支店・支所

預金の種類及び口座番号 普通・当座 第 号 账户号码 口座名義人 名义人

如亲自签名，则无需加盖印章。

申请人亲自填写部分。

工作单位填写部分。

遺属补偿年金支付申请书（格式第12号）填写范例

属通勤灾害时，使用格式第16号的8

様式第12号（表面）

遺族補償年金支給請求書

業務災害用　労働者災害補償保険　遺族特別支給金　遺族特別年金　支給申請書

请根据性别，分别用○标注“男”或“女”。

① 労働保険番号　府県　所轄　管轄　基幹番号　枝番号

劳动保险号码

② 年金証書の番号　管轄局　種別　西暦年　番号　枝番号

如有不明，请由工作单位填写。

③ 死亡労働者の　フリガナ　姓名（片假名）

氏名　姓名　（男・女）

生年月日　出生日期　年　月　日　年齡　歳）

職種　职业种类

④ 負傷又は発病年月日　年　月　日　午前/午後　時　分頃

负伤或者发病的年月日

⑤ 死亡年月日　年　月　日

死亡年月日

⑥ 災害の原因及び発生状況

灾害原因以及发生状况

请注明灾害发生时的地点、此时的作业内容和状况。

⑦ 平均賃金　平均工资　円　銭

⑧ 特別給与の総額（年額）　特别奖励金的总额（年额）　円

⑨ 厚生年金保険等関係　死亡労働者の基礎年金番号及び厚生年金等年金証書等の年金保険の年金コード　死亡労働者の厚生年金等年金の被保険者期間の初日　年　月　日

仅当以相同的伤病领取厚生年金保险等年金时才需填写。

当該死亡労働者に関係される年金の種類

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

支給される年金の額　支付的年金金额　日元　円　支給事由となった年月日　死亡日期　年　月　日　厚生年金保険及び厚生年金等年金証書の年金番号　年金コード　所轄社会保険事務所等　管辖年金事务所等

年　月　日　事業の名称　電話番号　郵便番号

经营者证明栏

本社場の所在地

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）

（注意）⑨の②及び⑩については、③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。

⑩ 申請人の　氏名　フリガナ　出生年月日　住所　フリガナ　死亡労働者との関係　与死亡劳动者的关系　是否有残障　請求人（申請人）が代表者を選任しないときは、その

请根据有无残障，分别用○标记“ある”或“ない”。

请填写申请人的姓名、出生日期、住址、与受害者的关系、有无残障。

⑪ 申請人以外の遺族補償年金を受けることができる遺族　氏名　フリガナ　出生年月日　住所　フリガナ　死亡労働者との関係　与死亡劳动者的关系　是否有残障　請求人（申請人）と生計を同じくしているか

是否与申请人具有相同的生活来源。

请根据相同或不同的具体情况，分别用○标记“いる”或“いない”。

请填写除申请人外的可享受遗属补偿年金的遗属。

⑫ 附加添付書類その他参考資料名

⑬ 年金を受ける権利を有する遺族が受給することを希望する金融機関又は郵便局

接受年金时所希望的金融机构或邮局

金融機関　名称　金融機関コード　銀行・金庫・農協・漁協・信組　支店名称　銀行編码

預金通帳の記号番号　账户记号的号码　第　号

郵便貯金銀行の支店等又は郵便局　フリガナ　名称　郵便局コード　邮局编码

所在地　都道府県　市郡区　地址

預金通帳の記号番号　账户记号的号码　第　号

上記により遺族補償年金の支給を請求します。

遺族特別支給金　遺族特別年金　の支給を申請します。

郵便番号　邮政编码　電話番号　电话

年　月　日　申请日期

請求人　申請人の　住所　地址

労働基準監督署長　殿　（代表者）　氏名　姓名　签字

对特别奖励金所希望的银行名称

振込を希望する銀行等の名称　名称　銀行・金庫　農協・漁協・信組　支店名称　本店　支店　支所

預金の種類及び口座番号　普通・当座　第　账户号码　名義人　名义人

（物品番号 6312

如亲自签名，则无需加盖印章。

申请人亲自填写部分。

工作单位填写部分。

遗属补偿年金支付申请书（格式第15号）填写范例

様式第15号（表面）

属通勤灾害时，使用格式第16号的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
遺族特別一時金 支給申請書

请根据性别，分别用○标注“男”或“女”。

〔注意〕

③の死亡事業場名称が一括適用の…している支店、工…は、死亡労働者の直接所属する事業場が現場等の場合に記入して下さい。

如有不明，请由工作单位填写。

① 労働保険番号						③ フリガナ / 死亡労働者の氏名	姓名（片假名） / 姓名 （男・女）	④ 負傷又は発病年月日
都道府県	所掌	管轄	基幹番号		枝番号			年 月 日
劳动保险号码						生年月日	出生日期 年 月 日（ 年龄 歳）	负伤或者发病年月日 午前/後 時 分頃
② 年金証書の番号						職種	职业种类	⑤ 死亡年月日
管轄局	種別	西暦年	番号		枝番号	所属事業場名称 / 所在地		死亡年月日 年 月 日
								⑦ 平均賃金
⑥ 災害の原因及び発生状況								平均工资 円 銭
灾害原因以及发生状况								⑧ 特別給与の総額（年額）
								特别奖励金的总额（年额） 円

请注明灾害发生时的地点、此时的作业内容和状况。

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。

年 月 日

经营者证明栏

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）

電話番号 局 番

郵便番号

⑨ 請求人 / 申请人的	フリガナ / 氏名 / 姓名	生年月日 / 出生日期	住所 / 地址	死亡労働者との関係 / 与死亡劳动者的关系	請求人(申請人)の代表者を選任しないときはその理由
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

请填写申请人的姓名、出生日期、住址、与受害者的关系、有无残障。

⑩ 添付する書類その他の資料名 / 附加资料和其他资料

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
遺族特別一時金 の支給を申請します。

年 月 日 / 申请日期

労働基準監督署長 殿

請求人
申請人の（代表者）

郵便番号 / 邮政编码

住所 / 地址

氏名 / 姓名 ㊞ / 签字

電話番号 局 番 / 姓名

方

振込を希望する銀行等の名称（郵便貯金銀行の支店等を除く） / 所希望的银行名称（邮局储蓄银行支店除外）		預金の種類及び口座番号
名称 銀行・金庫 / 農協・漁協・信組	支店名称 本店 / 支店 / 支所	普通・当座 第 号 / 账户号码
		名義人 / 名义人

（物品番号 62110）19.

如亲自签名，则无需加盖印章。

申请人亲自填写部分。

工作单位填写部分。

丧葬费申请书（格式第16号）填写范例

属通勤灾害时，使用格式第16号的10

様式第16号（表面）

業務災害用

労働者災害補償保険

葬祭料請求書

请根据性别，分别用○标注“男”或“女”。

① 労働保険番号						③ フリガナ 氏名	姓名（片假名）
府県	所掌	管轄	基幹番号		枝番号	請求人の（申请人的） 住所	地址
劳动保险号码						死亡労働者との関係	与死亡劳动者的关系
② 年金証書の番号							
管轄局	種別	西暦年	番号				

④ フリガナ 氏名（死亡労働者の）	姓名（片假名） （男・女）	⑤ 負傷又は発病年月日
生年月日（死亡劳动者的）	出生日期 年 月 日（年齢 歳）	年 月 日 负伤或者发病年月日 午前後 時 分頃
職種	职业种类	
所属事業場名称・所在地	地址	⑦ 死亡年月日
⑥ 災害の原因及び発生状況	灾害原因以及发生状况	死亡日期 年 月 日
		⑧ 平均賃金 平均工资 円 銭

请注明灾害发生时的地点、此时的作业内容和状况。

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。

经营者证明栏

年 月 日

事業の名称 電話番号 局 番

郵便番号

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	附加资料和其他资料

上記により葬祭料の支給を請求します。

郵便番号 邮政编码 電話番号 电话 局 番

申请年月日 年 月 日

申请人的 請求人の 住所 地址

労働基準監督署長 殿

氏名 姓名 签字 ㊞

如亲自签名，则无需加盖印章。

所涉及的银行名称（邮政储蓄银行支店除外）

振込を希望する銀行等の名称（郵便貯金銀行の支店等を除く）		預金の種類及び口座番号
名称 銀行・金庫 農協・漁協・信組	支店名称 本店 支店 支所	普通・当座 第 账户号码 号 名義人 名义人

（物品番号 62111）

申请人亲自填写部分。

工作单位填写部分。

护理（补偿）赔付支付申请书（格式第16号之2-2）填写范例

■ 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
介護給付 支給請求書

請根据业务灾害或通勤灾害的不同情况，分别用○在“介護補償給付”或“介護給付”处作标记。

帳票種別 ※35290　① 管轄局署　② 受付年月日（元号 年 月 日）　③ 特別コード　④ 介護料区分 1有 3無

（注意）

一、…

二、…

三、…

※印の欄（職員…）

◎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（◀）の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

（イ）年金証書番号　⑤ 管轄局 種別 西暦年 番号　年金证书号码

（ロ）受給している労災年金の種類　所享受的劳灾年金种类 等级
□ 障害（補償）年金 級
□ 傷病（補償）年金 級

（ハ）障害の部位及び状態並びに当該障害を有…に係る日…については別紙…

请选择所享受的年金种类，并填写相应的等级。

如已领取年金证书，则请填写年金证书的编号。

（ニ）労働者の氏名　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。
姓名（片假名）　出生日期 生年月日　年

氏名 姓名　住所 地址

⑦（ホ）請求対象年月（元号 年 月）　申请日期　⑧（ヘ）費用を支出して介護を受けた日数　天数　⑨（ト）介護に要する費用として支出した費用の額　介護に従事した者 ※ 親族 ⑩　友人・知人 ⑪　看護師・家政婦又は看護補助者 ⑫　施設職員 ⑬

⑭（ホ）請求対象年月　⑮（ヘ）費用を支出して介護を受けた日数　⑯（ト）介護に要する費用として支出した費用の額　親族 ⑲　看護師・家政婦又は看護補助者 ⑳　施設職員

㉑（ホ）請求対象年月　㉒（ヘ）費用を支出して介護を受けた日数　㉓（ト）介護に要する費用として支出した費用の額　従事した者 ※ 親族 ㉔　友人・知人 ㉕　看護師・家政婦又は看護補助者 ㉖　施設職員 ㉗

（7平成 9令和）　1～9月は右へ　1～9月は右へ　1～9月は右へ

请填写付费接受护理的天数。

请按年号，年月的顺序记载。（平成为7。令和为9。）

右の欄及び㉚から㉝までの欄は、口座を新規に届け出る場合、又は、届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。　新規・変更

振込を希望する金融機関の名称　希望转账的金融机关名称　銀行 金庫 農協 漁協 信組　名称　支店名称 本店・本所 出張所 支店・支所

口座名義人　账号名义人

㉘ ※金融機関コード　金融機関　店舗

㉙ ※郵便局コード

㉚預（貯）金の種別　帳号的种类　1:普通 3:当座

㉛ 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、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。）　账号号码

仅当首次申报账户或变更已申报的账户时，才需填写右栏及勾㉚～㉝岱的栏目。

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。

㉜ 账号名义人（片假名）

（続き）口座名義人（カタカナ）

㉝ 账号名义人（片假名）

（ル）けた場所等　イ 住宅 住居　ロ 施設等 设施等　（ただし、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム及び原子爆弾被爆者特別養護ホームは除く。）　所在地 地址　名称 名称　電話（　）　－

如接受居家护理，则用○在“1”处作标记，如在设施接受护理则用○在“ロ”处作标记。

（ヌ）介護に従事した者　氏名 姓名　生年月日 出生日期　続柄 关系　介護期間・日数 护理期间和天数　区分

氏名	生年月日	続柄	介護期間・日数	区分
姓名	年 月 日 出生日期	关系	月 日から 月 日まで 日間	イ 親族 ロ 友人・知人 ハ 看護師・家政 ニ 施設職員
	年 月 日		月 日から 月 日まで 日間	イ 親族 ロ ハ 看護師・家 ニ 施設職員
	年 月 日		月 日から 月 日まで 日間	イ 親族 ロ ハ 看護師・家政 ニ 施設職員

请填写为您提供护理者的姓名、出生日期、关系、护理期间（进行护理的首日和最终日的日期）及提供护理的天数。在分类为“ハ”、“ニ”的情况下，不需要填写姓名、出生日期和关系。

在提供护理者分别为亲属、朋友或熟人、护理士或家政妇的情况下，请分别用○在“イ”、“ロ”、“ハ”、“ニ”处作相应的标记。

（ル）添付する書類　附加资料　イ 診断書　ロ 介護に要した費用の額

上記により 介護補償給付 / 介護給付 の支給を請求します。

年　月　日

請求人の

〒 邮政编码　電話（ 电话 ）　－

住所 地址

（　方）

署名 签字　印

氏名 姓名

労働基準監督署長　殿

如亲自签名，则无需加盖印章。

有关看护的事实的提出申述

［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	请让接受护理的人填写地址，姓名，电话号码。 地址	氏名	姓名	署名 签字 印	電話番号	电话

■

各项赔付申请格式的种类及提交方式				
赔付的种类	业务灾害通勤灾害的区别	申请书的名称	格式编号	提交处
疗养(补偿)赔付	业务灾害	符合疗养补偿赔付的疗养赔付申请书	5号	经医院或药店提交所轄労働基準監督署长
	通勤灾害	符合疗养赔付的疗养赔付申请书	16号3	
	业务灾害	符合疗养补偿赔付的疗养赔付申请书	7号	所轄労働基準監督署
	通勤灾害	符合疗养赔付的疗养赔付申请书	16号5	
停工(补偿)赔付	业务灾害	停工补偿赔付支付申请书	8号	
	通勤灾害	停工赔付支付申请书	16号6	
残障(补偿)赔付	业务灾害	残障补偿赔付支付申请书	10号	
	通勤灾害	残障赔付支付申请书	16号7	
遗属(补偿)赔付	业务灾害	遗属补偿年金支付申请书	12号	
	通勤灾害	遗属年金支付申请书	16号8	
	业务灾害	遗属补偿临时金支付申请书	15号	
	通勤灾害	遗属临时金支付申请书	16号9	
丧葬费(补偿)赔付	业务灾害	丧葬费申请书	16号	
	通勤灾害	丧葬赔付申请书	16号10	
护理(补偿)赔付		护理补偿赔付・护理赔付支付申请书	16号2-2	

（R2.3）