

労災保険請求のための ガイドブック

<第二編>

労災保険給付の概要 各種保険給付の内容

労災保険は、国籍を問わず、日本で労働者として働く外国人にも適用されます。就労することができる在留資格を持っている方はもちろん、留学中にアルバイトをされていて事故にあった場合なども対象となります。

このガイドブックは、労災保険給付の概要やそれぞれの保険給付の内容について解説したものです。

支給要件などの詳細については、労働基準監督署にお尋ねください。また、本国へ帰国すると受けることができない給付もありますのでご注意ください。

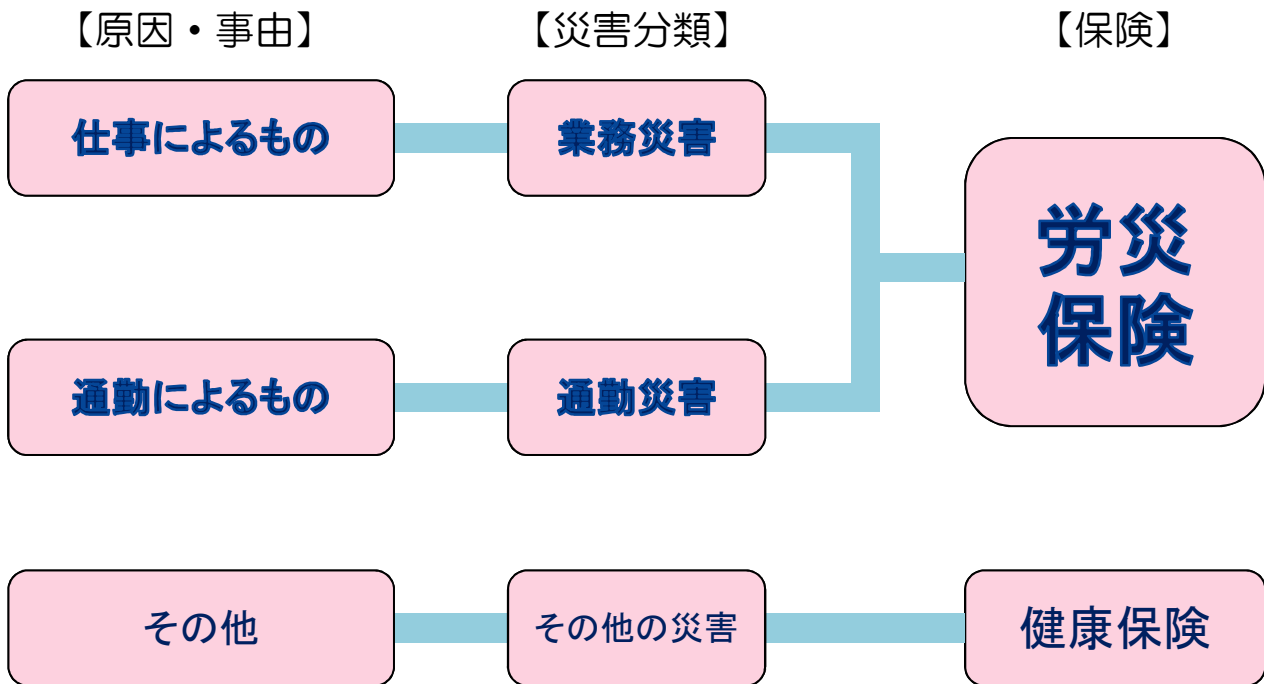
【目次】

労災保険給付の概要	P3
療養(補償)給付	P13
休業(補償)給付、傷病(補償)年金	P15
障害(補償)給付	P17
遺族(補償)給付、葬祭料	P25
介護(補償)給付	P32
記入例	P35



労災保険とは

労災保険とは、労働者が業務や通勤が原因で、負傷したり、病気になったり、さらには死亡したときに、治療費など必要な保険給付を行う制度です。外国人でも日本国内で働いている限り、労災保険が適用されます。



※労働災害に健康保険は使えません。

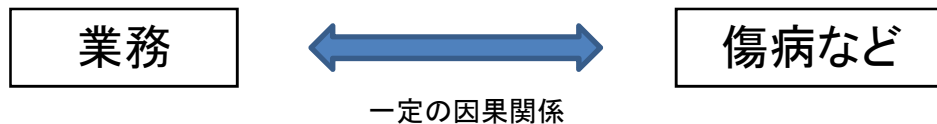
労災保険給付の種類

- ◆療養（補償）給付：業務または通勤が原因となった傷病の療養を受けるときの給付
- ◆休業（補償）給付：業務または通勤が原因となった傷病の療養のため、労働することができず、賃金を受けられないときの給付
- ◆傷病（補償）年金：業務または通勤が原因となった傷病の療養開始後、1年6か月たっても傷病が治ゆ（症状固定）しないで障害の程度が傷病等級に該当するときの給付
- ◆障害（補償）給付：業務または通勤が原因となった傷病が治ゆ（症状固定）して障害等級に該当する身体障害が残ったときの給付
- ◆遺族（補償）給付：労働者が死亡したときの給付
- ◆葬祭料・葬祭給付：労働者が死亡し、葬祭を行ったときの給付
- ◆介護（補償）給付：障害（補償）年金または傷病（補償）年金の一定の障害により、現に介護を受けているときの給付

【用語の定義①】

業務災害

業務災害とは、労働者が業務を原因として被った傷病など（負傷・疾病・障害・死亡）のことをいいます。



- 業務と傷病などとの間に一定の因果関係があることを「業務上」と呼んでいます。
- 労働者ではない事業主や研修生は、原則として補償を受けることはできません。

◇業務上の負傷とは

どのような災害が業務災害と認められるかについては、次の3つの場合に分けて考えます。

<1>事業場の施設内で業務に従事している場合

所定労働時間内や残業時間内に事業場の施設内（会社事務所・工場内）で業務に従事している場合、特段の事情がない限りは業務災害と認められます。

※以下の場合には業務災害とは認められません。

- ① 労働者が業務中に私的行為をおこない、それにより災害を被った場合
- ② 労働者が故意に災害を発生させた場合
- ③ 労働者が個人的な恨みで第三者から暴行を受けた場合

＜2＞事業場の施設内で業務に従事していない場合

休憩時間や就業前後など実際に業務をしていない場合に私的な行為により発生した災害は、業務災害とは認められません。

ただし、事業場の施設・設備や管理状況などが原因で発生した災害は業務災害となります。また、トイレなどの生理的行為の際に生じた災害は業務災害となります。

＜3＞事業場の施設外で業務に従事している場合

出張や営業などについては、積極的な私的行為を行うなど特段の事情がない限り、業務災害と認められます。

◇業務上の疾病とは

次の3つの要件が満たされる場合には、原則として業務上の疾病と認められます。

＜1＞労働の場に有害因子が存在していること

有害な物理的因子、化学物質、身体に過度の負担のかかる作業などが業務に内在している場合です。

（例）石綿（アスベスト）など

＜2＞健康障害を起こしうるほどの有害因子にさらされたこと

＜3＞発症の経過、病態が医学的にみて妥当であること

業務上の疾病は、労働者が業務に内在する有害因子に接触した結果、発症します。そのため、病気は有害因子にさらされた後に発症したものでなければなりません。発症の時期は、有害因子の性質や接触条件により異なります。

【用語の定義②】

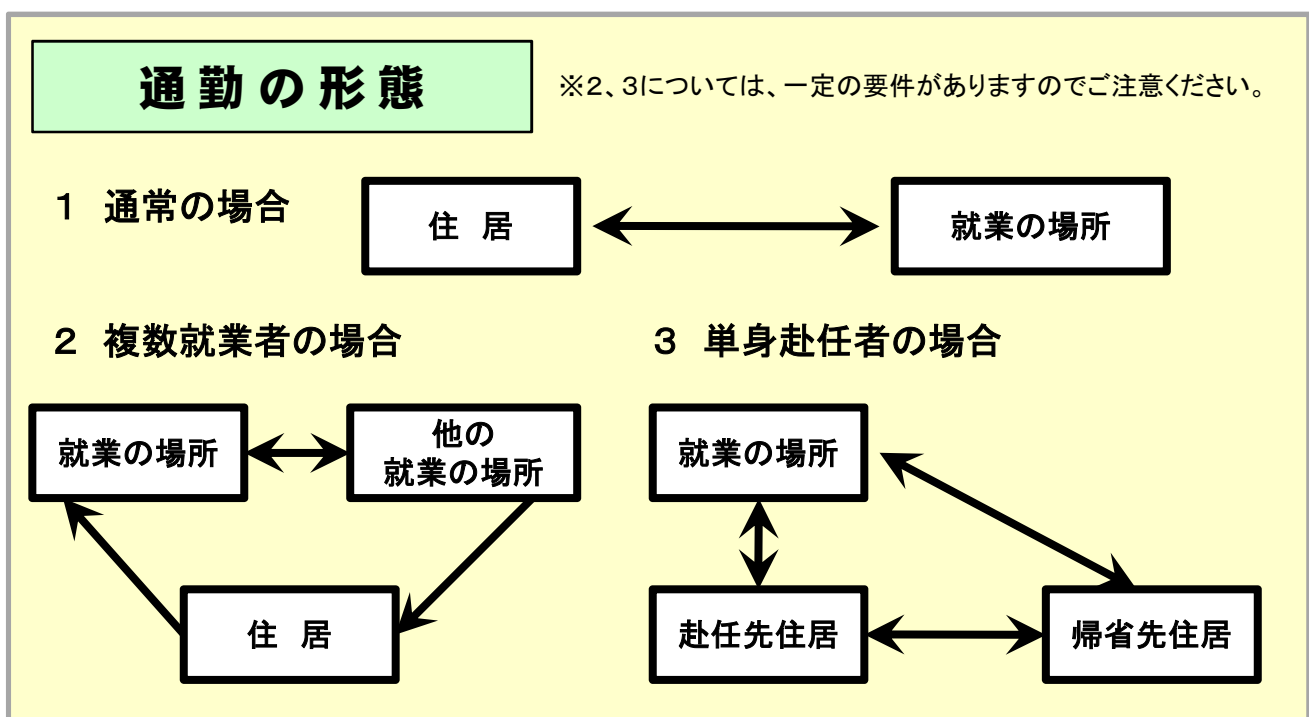
通勤災害

通勤災害とは、労働者が通勤によって被った傷病などのことをいいます。

◇通勤とは

就業に関し、次の①～③の移動を合理的な経路かつ手段で行うことをいいます。

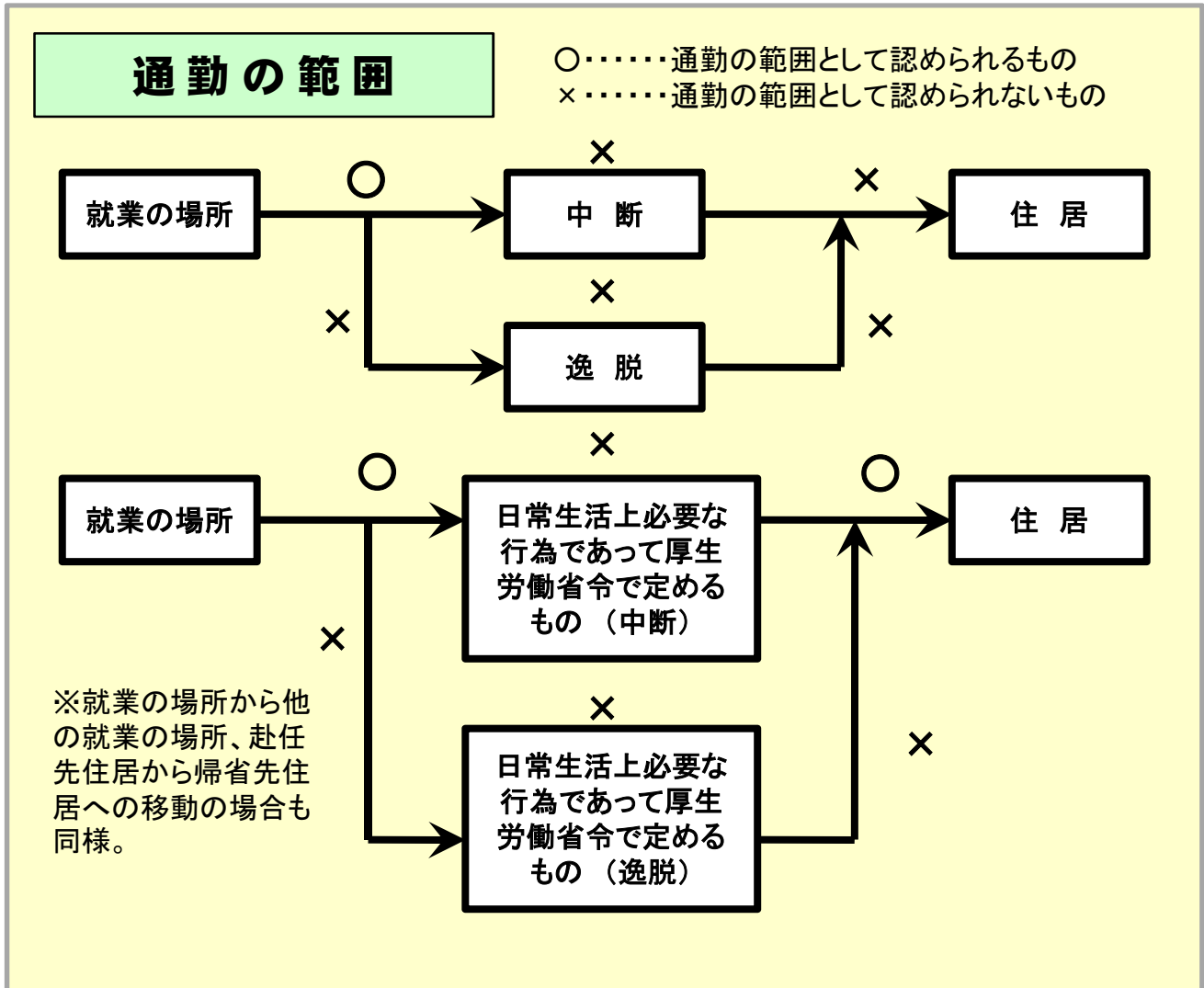
- ① 住居と就業の場所（業務を開始し、終了する場所）との間の往復
- ② 厚生労働省令で定める就業の場所から他の就業の場所への移動（複数就業者の事業場間の移動）
- ③ 単身赴任先住居と帰省先住居との間の移動



◇通勤の範囲

移動の経路を逸脱、または中断した場合は、逸脱または中断の間と、その後の移動は通勤とはなりません。

ただし、日用品の購入やその他これに準じる行為を最小限度の範囲で行う場合には、合理的経路に戻った後は再び通勤とみなされます。



◇給付基礎日額とは

給付基礎日額は、原則として平均賃金に相当する額です。(労働基準法第12条)

平均賃金は、原則として、これを算定すべき事由が生じた日※の前の3か月間に、その労働者に対して支払われた賃金の総額を、その期間の総日数(休日などを含めた暦日数)で除して得た額となります。

平均賃金の算定基礎となる賃金とは、名称にかかわらず、労働の対償として使用者から支払われたものをいいます。

ただし、結婚手当など臨時に支払われた賃金、ボーナスなど3か月を超える期間ごとに支払われた賃金などは、これに算入されないことになります。

※負傷・死亡の原因である事故が発生した日、または、医師の診断により疾病にかかったことが確定した日をいいますが、賃金締切日が定められているときは、その直前の賃金締切日がこれに当たります。

[例外]

①平均賃金相当額を給付基礎日額とすることが適当でない認められる場合には、給付基礎日額の算定方法に特例が設けられています。

(a) 平均賃金の算定期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間がある場合

(b) じん肺患者が粉じん作業以外に作業転換した場合 など

②休業(補償)給付については、療養を始めてから1年6か月を経過した場合、年齢階層別の最低限度額、最高限度額の適用を受けます。

年金給付については、年金が支給される最初の月から、年齢階層別の最低限度額、最高限度額の適用を受けます。

給付基礎日額の計算例

月20万円の賃金（賃金締切日は毎月末日）で、10月に事故が起こった場合

$20\text{万円} \times 3\text{か月} \div 92\text{日} [7\text{月}(31\text{日}) + 8\text{月}(31\text{日}) + 9\text{月}(30\text{日})]$
 $\div 6,522\text{円}$

$6,522\text{円} \times 80\% \div 5,217\text{円}$

→ 休業1日につき給付基礎日額の80%にあたる5,217円が支給されます。

※「賃金」には、臨時に支払われた賃金、3か月を超える期間ごとに支払われる賃金は含まれません。

なお、ボーナスなど「3か月を超える期間ごとに支払われる賃金」は遺族特別年金などの額を決める場合の「算定基礎日額」に反映されます。

◇算定基礎日額とは

算定基礎日額とは、原則として、業務上、または通勤による負傷や死亡の原因である事故が発生した日、または診断によって病気にかかったことが確定した日以前1年間にその労働者が事業主から受けた特別給与の総額を算定基礎年額として、これを365で割って得た額です。

特別給与とは、給付基礎日額の算定の基礎から除外されているボーナスなど3か月をこえる期間ごとに支払われる賃金をいいます。（結婚手当など、臨時に支払われた賃金は含まれません）

なお、特別給与の総額が給付基礎年額（給付基礎日額の365倍に相当する額）の20%に相当する額を上回る場合には、給付基礎年額の20%に相当する額が算定基礎年額となります。（限度額150万円）

【疾病別の認定要件①】

脳・心臓疾患

脳梗塞などの「脳血管疾患」、心筋梗塞などの「心疾患」は、血管病変などが、主に加齢、食生活、生活環境などの日常生活による諸要因や遺伝などによる要因により、徐々に悪くなり発症するものですが、仕事が主な原因で発症する場合があります。

脳・心臓疾患が、「業務による明らかな過重負荷※」により発症した場合、労災補償の対象となります。

※過重負荷とは、医学経験則に照らして、脳・心臓疾患の発症の基礎となる血管病変などをその自然経過を超えて著しく増悪させ得ることが客観的に認められる負荷のことをいいます。

<対象疾病>

○ 脳血管疾患

- ・ 脳内出血(脳出血)
- ・ くも膜下出血
- ・ 脳梗塞
- ・ 高血圧性脳症

○ 虚血性心疾患など

- ・ 心筋梗塞
- ・ 狭心症
- ・ 心停止(心臓性突然死を含む)
- ・ 解離性大動脈瘤

[労災認定要件]

次のいずれかの要件に該当する場合、労災認定されます。

異常な出来事

発症直前から前日までの間に、発生状態を時間的・場所的に明確にし得る異常な出来事に遭遇したこと

業務に関連した重大な人身事故などに直接関与し、著しい精神的負荷を受けた場合や、事故の発生に伴って、救助活動や事故処理に携わり、著しい身体的負荷を受けた場合などが考えられます。

短期間の過重業務

発症に近接した時期において、特に過重な業務に就労したこと

(1)発症直前から前日までの間の業務が特に過重である場合(2)発症直前から前日までの間の業務が特に過重であると認められない場合でも、発症前おおむね1週間以内に過重な業務が継続している場合には、業務と発症との関連性があると考えられます。

長期間の過重業務

発症前の長期間にわたって、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務に就労したこと

時間外労働が月45時間を超えて長くなるほど、関連性は強まり、発症前1か月間に100時間、または2～6か月間平均で月80時間を超える時間外労働がある場合は、業務と発症との関連性は強いと評価できます。

※②、③については労働時間以外にも、勤務形態など(不規則な勤務・拘束時間の長い勤務・出張の多い勤務・交代制勤務・深夜勤務)、作業環境(温度環境・騒音・時差)、精神的緊張なども業務による負荷要因として検討することとなっています。

【疾病別の認定要件②】

精神障害

精神障害は、外部からの心理的負荷(ストレス)とその心理的負荷への個人の対応力の強さとの関係で発病に至ると考えられています。

精神障害が、業務による強い心理的負荷※により発症した場合、労災補償の対象となります。

※業務による強い心理的負荷とは、客観的に対象疾病を発病させるおそれのある強い心理的負荷のことをいいます。

[労災認定要件]

次のすべての要件を満たす場合、労災認定されます。

認定基準の対象となる精神障害を発病していること

国際疾病分類第10回修正版(ICD-10)第V章「精神及び行動の障害」に分類される精神障害です。(認知症や頭部外傷などによるものは含まれません)

(例) うつ病、急性ストレス反応 など

精神障害の発病前おおむね6か月間に、業務による強い心理的負荷が認められること

(例) ひどい嫌がらせ・いじめ・暴行、仕事内容・仕事量の大きな変化を生じさせる出来事 など

※いじめやセクシュアルハラスメントのように出来事が繰り返されるものについては、発病の6か月よりも前にそれが始まり、発病まで継続していたときは、始まった時点からの心理的負荷を評価します。

業務以外の心理的負荷や個体側要因により精神障害を発病したとは認められないこと

私的な出来事(離婚、配偶者との別居など)や、本人以外の家族・親族の出来事(配偶者や子ども、親、兄弟の死亡など)が発病の原因でないといえるか、慎重に判断します。

精神障害の既往歴やアルコール依存症などの個体側要因の有無とその内容について確認し、個体側要因がある場合には、それが発病の原因でないといえるか、慎重に判断します。

【疾病別の認定要件③】

上肢障害

腕や手を過度に使用すると、首から肩、腕、手、指にかけて炎症を起こしたり、関節や腱に異常をきたしたりすることがあります。

上肢障害とはこれらの炎症や異常をきたした状態を指します。

＜代表的な診断名＞

- ・上腕骨外(内)上顆炎
- ・肘部管症候群
- ・回外(内)筋症候群
- ・手関節炎
- ・腱鞘炎
- ・手根管症候群
- ・書痙

〔労災認定要件〕

次のすべての要件を満たす場合、労災認定されます。

上肢等※に負担のかかる作業を主とする業務に相当期間(原則6か月程度以上)従事したあとに発症したものであること

主に次のような作業が該当します。

- ① 上肢の反復動作の多い作業
- ② 上肢を上げた状態で行う作業
- ③ 頸部、肩の動きが少なく、姿勢が拘束される作業
- ④ 上肢などの特定の部位に負担のかかる状態で行う作業

※上肢等とは、後頭部、頸部、肩甲帯、上腕、前腕、手、指をいいます。

発症前に過重な業務に就労したこと

発症直前の3か月間に、上肢等に負担のかかる作業を次のような状況で行った場合をいいます。

- ・業務量がほぼ一定している場合
同様の作業に従事する同性で年齢が同じくらいの労働者よりも10%以上業務量が多い日が3か月程度続いた
- ・業務量にばらつきがあるような場合
 - ① 1日の業務量が通常より20%以上多い日が、1か月に10日程度あり、それが3か月続いた(1か月間の業務量の総量が通常と同じでもよい)
 - ② 1日の労働時間の3分の1程度の時間に行う業務量が通常より20%以上多い日が、1か月に10日程度あり、それが3か月程度続いた(1日の平均は通常と同じでもよい)

※ 過重な業務に従事したかどうかを判断する際は、業務量だけでなく次の状況も考慮します。

- ・長時間作業、連続作業
- ・過度の緊張
- ・他律的かつ過度な作業ペース
- ・不適切な作業環境
- ・過大な重量負荷、力の発揮

過重な業務への就労と発症までの経過が医学上妥当なものと認められること

【疾病別の認定要件④】

腰痛

労災補償の対象となる腰痛は、医学上療養が必要と認められた次の2種類のいずれかで、それぞれについて労災認定要件を定めています。

[労災認定要件]

災害性の原因による腰痛

負傷などによる腰痛で、次の①、②の要件をどちらも満たすもの

- ① 腰の負傷、またはその負傷の原因となった急激な力の作用が、工作中的の突発的な出来事によって生じたと明らかに認められること。
- ② 腰に作用した力が腰痛を発症させ、または腰痛の既往症・基礎疾患を著しく悪化させたと医学的に認められること。

災害性の原因によらない腰痛

重量物を取り扱う仕事など腰に過度の負担のかかる仕事に従事する労働者に発症した腰痛で、作業の状態や作業期間などからみて、仕事が原因で発症したと認められるもの

災害性の原因によらない腰痛は、その発症原因により、次の2種類に区分して判断されます。

◇筋肉などの疲労を原因とした腰痛

次のような業務に比較的短期間(約3か月以上)従事したことによる筋肉などの疲労を原因として発症した腰痛は、労災補償の対象となります。

- ・ 約20kg以上の重量物または重量の異なる物品を繰り返し中腰の姿勢で取り扱う業務
- ・ 毎日数時間程度、腰にとって極めて不自然な姿勢を維持して行う業務
- ・ 長時間立ち上がることができず、同一の姿勢を維持して行う業務
- ・ 腰に著しく大きな振動を受ける作業を継続して行う業務

◇骨の変化を原因とした腰痛

次のような重量物を取り扱う業務に相当期間(約10年以上)にわたり継続して従事したことによる骨の変化を原因として発症した腰痛は、労災補償の対象となります。

- ・ 約30kg以上の重量物を、労働時間の3分の1程度以上に及んで取り扱う業務
- ・ 約20kg以上の重量物を、労働時間の半分程度以上に及んで取り扱う業務

※ 骨の変化を原因とした腰痛が労災補償の対象として認められるためには、その変化が「通常の加齢による骨の変化の程度を明らかに超える場合」に限られます。

療養（補償）給付

労働者が、業務、または通勤が原因で負傷したり、疾病にかかって療養を必要とする場合には、この傷病が「治ゆ」*するまでの間、療養補償給付（業務災害の場合）、または療養給付（通勤災害の場合）が支給されます。

給付の内容

療養（補償）給付には、「療養の給付」と「療養の費用の支給」があります。

- 「療養の給付」は、労災病院や指定医療機関・薬局など（以下「指定医療機関など」）で、無料で治療や薬剤の支給を受けられる現物給付です。
- 「療養の費用の支給」は、近くに指定医療機関がないなどの理由で、指定医療機関以外の医療機関や薬局などで療養を受けた場合に、その療養にかかった費用を支給する現金給付です。

給付の対象となる療養の範囲や期間はどちらも同じです。

療養（補償）給付は、治療費、入院料、移送費など通常療養のために必要なものが含まれ、傷病が治ゆ（症状固定）するまで行われます。

◇ 「治ゆ」とは

身体の諸器官・組織が健康時の状態に完全に回復した状態のみをいうものではなく、傷病の症状が安定し、医学上一般に認められた医療（※1）を行ってもその医療効果が期待できなくなった状態（※2）（「症状固定」の状態）をいいます。

したがって、「傷病の症状が、投薬・理学療法などの治療により一時的な回復がみられるにすぎない場合」など、症状が残存している場合であっても、医療効果が期待できないと判断されるときには、労災保険では「治ゆ」（症状固定）と判断し、療養（補償）給付を支給しないこととしています。

（※1）「医学上一般に認められた医療」とは、労災保険の療養の範囲（基本的には、健康保険に準拠）として認められたものをいいます。したがって、実験段階、または研究的過程にあるような治療方法は、ここにいう医療には含まれません。

（※2）「医療効果が期待できなくなった状態」とは、その傷病の症状の回復・改善が期待できなくなった状態をいいます。

請求の手続

●療養の給付を請求する場合

療養を受けている指定医療機関などを経由して、所轄の労働基準監督署長に、療養補償給付たる療養の給付請求書(様式第5号)、または療養給付たる療養の給付請求書(様式第16号の3)を提出してください。

●療養の費用を請求する場合

所轄の労働基準監督署長に、療養補償給付たる療養の費用請求書(様式第7号)、または療養給付たる療養の費用請求書(様式第16号の5)を提出してください。

なお、薬局から薬剤の支給を受けた場合には様式第7号(第16号の5)(2)を、柔道整復師から手当を受けた場合には様式第7号(第16号の5)(3)を、はり師、きゅう師、あん摩マッサージ指圧師から手当を受けた場合には様式第7号(第16号の5)(4)を、訪問看護事業者から訪問看護を受けた場合には様式第7号(第16号の5)(5)を提出してください。

●指定医療機関などを変更するとき

すでに指定医療機関などで療養の給付を受けている方が、帰郷などの理由で他の指定医療機関などに 変更するときは、変更後の指定医療機関などを経由して所轄の労働基準監督署長に、「療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届」(様式第6号)、または「療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等変更届」(様式第16号の4)を提出してください。

通院費について

通院費については、傷病労働者の居住地、または勤務先から、原則2km^{※1}の通院であって、次の①から③のいずれかに該当する場合に支給対象となります。

- ① 同一市町村内の適切な医療機関^{※2}へ通院したとき。
- ② 同一市町村内に適切な医療機関がないため、隣接する市町村内の医療機関へ通院したとき(同一市町村内に適切な医療機関があっても、隣接する市町村内の医療機関の方が通院しやすいときなども含む)。
- ③ 同一市町村内、隣接する市町村内に適切な医療機関がないため、それらの市町村を越えた最寄りの医療機関へ通院したとき。

※1 片道2km未満でも、通院費の支給対象となる場合があります。

※2 適切な医療機関とは、傷病の診療に適した医療機関をいいます。

時効

療養の給付については、現物給付であることから、請求権の時効は問題とはなりません。療養の費用は、費用の支出が確定した日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅することとなりますのでご注意ください。

休業（補償）給付

労働者が、業務上の事由、または通勤による負傷や疾病による療養のため労働することができず、そのために賃金を受けていないとき、休業補償給付（業務災害の場合）、または休業給付（通勤災害の場合）が休業4日目から支給されます。

給付の内容

次の3つの要件を満たす場合に、休業4日目から、休業（補償）給付と休業特別支給金が支給されます。

- ① 業務上の事由、または通勤による負傷や疾病による療養のため、
- ② 労働することができないため、
- ③ 賃金を受けていない

支給額は次のとおりです。

- ・休業（補償）給付＝（給付基礎日額の60%）×休業日数
- ・休業特別支給金＝（給付基礎日額の20%）×休業日数

休業の初日から3日目までを待機期間といい、この間は業務災害の場合、事業主が労働基準法の規定に基づく休業補償（1日につき平均賃金の60%）を行うこととなります。

また、通院のため、労働者が所定労働時間の一部についてのみ労働した場合は、給付基礎日額からその労働に対して支払われる賃金の額を控除した額の60%に当たる額が支給されます。

請求の手続

所轄の労働基準監督署長に、「休業補償給付支給請求書」（様式第8号）または「休業給付支給請求書」（様式第16号の6）を提出してください。

時効

休業（補償）給付は、療養のため労働することができないため賃金を受けない日ごとに請求権が発生し、その翌日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

傷病（補償）年金

業務上の事由や通勤による負傷、疾病の療養開始後、1年6か月を経過した日、またはその日以後、次の要件に該当するときに、傷病補償年金（業務災害の場合）または傷病年金（通勤災害の場合）が支給されます。

- (1) その負傷、または疾病が治っていないこと
- (2) その負傷、または疾病による障害の程度が傷病等級表の傷病等級に該当すること

給付の内容

傷病等級に応じて、傷病（補償）年金、傷病特別支給金及び傷病特別年金が支給されます。

傷病等級	傷病（補償）年金	傷病特別支給金（一時金）	傷病特別年金
第1級	給付基礎日額の313日分	114万円	算定基礎日額の313日分
第2級	” の277日分	107万円	” 277日分
第3級	” の245日分	100万円	” 245日分

年金の支払月

傷病（補償）年金は、上記の(1)、(2)の支給要件に該当することとなった月の翌月分から支給され、毎年2月、4月、6月、8月、10月、12月の6期に、それぞれの前2か月分が支払われます。

※ 傷病等級が第1級の方、または第2級の胸腹部臓器、精神・神経の障害を有している方が、現に介護を受けている場合は、介護（補償）給付を受給することができます。（→P32）

請求の手続

傷病（補償）年金の支給・不支給の決定は、所轄の労働基準監督署長の職権によって行われますので、請求手続きは必要ありませんが、療養開始後1年6か月を経過しても傷病が治っていないときは、その後1か月以内に「傷病の状態等に関する届」（様式第16号の2）を所轄の労働基準監督署長に提出する必要があります。

障害（補償）給付

業務上の事由、または通勤による負傷や疾病が治ったとき、身体に一定の障害が残った場合には、障害補償給付（業務災害の場合）、または障害給付（通勤災害の場合）が支給されます。

給付の内容

残存障害が、障害等級表に掲げる障害等級に該当するとき、その障害の程度に応じて、それぞれ下記のとおり支給されます。

- 障害等級第1級から第7級に該当するとき
障害（補償）年金、障害特別支給金、障害特別年金
- 障害等級第8級から第14級に該当するとき
障害（補償）一時金、障害特別支給金、障害特別一時金

障害等級	障害（補償）給付			障害特別支給金(※)		障害特別年金		障害特別一時金	
	年金	給付基礎日額の313日分	一時金	342万円	年金	算定基礎日額の313日分			
第1級	年金	給付基礎日額の313日分	一時金	342万円	年金	算定基礎日額の313日分			
第2級	年金	277日分	一時金	320万円	年金	277日分			
第3級	年金	245日分	一時金	300万円	年金	245日分			
第4級	年金	213日分	一時金	264万円	年金	213日分			
第5級	年金	184日分	一時金	225万円	年金	184日分			
第6級	年金	156日分	一時金	192万円	年金	156日分			
第7級	年金	131日分	一時金	159万円	年金	131日分			
第8級	一時金	503日分	一時金	65万円			一時金	算定基礎日額の503日分	
第9級	一時金	391日分	一時金	50万円			一時金	391日分	
第10級	一時金	302日分	一時金	39万円			一時金	302日分	
第11級	一時金	223日分	一時金	29万円			一時金	223日分	
第12級	一時金	156日分	一時金	20万円			一時金	156日分	
第13級	一時金	101日分	一時金	14万円			一時金	101日分	
第14級	一時金	56日分	一時金	8万円			一時金	56日分	

※ 同一の災害により、既に傷病特別支給金を受けた場合は、その差額となります。

※ 障害等級が第1級の方、または第2級の胸腹部臓器、精神・神経の障害を有している方が、現に介護を受けている場合は、介護（補償）給付を受給することができます。（→P32）

請求の手続

所轄の労働基準監督署長に、「障害補償給付支給請求書」（様式第10号）または「障害給付支給請求書」（様式第16号の7）を提出してください。

時効

障害（補償）給付は、傷病が治った日の翌日から5年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

障 害 等 級 表

労働者災害補償保険法施行規則 別表第一 障害等級表

障害等級	給付の内容	身体障害	障害等級	給付の内容	身体障害
第1級	当該障害の存する期間1年につき給付基礎日額の313日分	<ol style="list-style-type: none"> 1 両眼が失明したもの 2 そしゃく及び言語の機能を廃したもの 3 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの 5 削除 6 両上肢をひじ関節以上で失ったもの 7 両上肢の用を全廃したもの 8 両上肢をひざ関節以上で失ったもの 9 両上肢の用を全廃したもの 	第4級	同 213日分	<ol style="list-style-type: none"> 1 両眼の視力が0.06以下になったもの 2 そしゃく及び言語の機能に著しい障害を残すもの 3 両耳の聴力を全く失ったもの 4 1上肢をひじ関節以上で失ったもの 5 1下肢をひざ関節以上で失ったもの 6 両手の手指の全部の用を廃したもの 7 両足をリスフラン関節以上で失ったもの
第2級	同 277日分	<ol style="list-style-type: none"> 1 1眼が失明し、他眼の視力が0.02以下になったもの 2 両眼の視力が0.02以下になったもの 2の2 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、随時介護を要するもの 2の3 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、随時介護を要するもの 3 両上肢を手関節以上で失ったもの 4 両上肢を足関節以上で失ったもの 	第5級	同 184日分	<ol style="list-style-type: none"> 1 1眼が失明し、他眼の視力が0.1以下になったもの 1の2 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの 1の3 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの 2 1上肢を手関節以上で失ったもの 3 1下肢を足関節以上で失ったもの 4 1上肢の用を全廃したもの 5 1下肢の用を全廃したもの 6 両足の足指の全部を失ったもの
第3級	同 245日分	<ol style="list-style-type: none"> 1 1眼が失明し、他眼の視力が0.06以下になったもの 2 そしゃく又は言語の機能を廃したもの 3 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの 4 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの 5 両手の手指の全部を失ったもの 	第6級	同 156日分	<ol style="list-style-type: none"> 1 両眼の視力が0.1以下になったもの 2 そしゃく又は言語の機能に著しい障害を残すもの 3 両耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの 3の2 1耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話

障害等級	給付の内容	身体障害
		<p>声を解することができない程度になったもの</p> <p>4 せき柱に著しい変形又は運動障害を残すもの</p> <p>5 1上肢の3大関節中の2関節の用を廃したもの</p> <p>6 1下肢の3大関節中の2関節の用を廃したもの</p> <p>7 1手の5の手指又は母指を含み4の手指を失ったもの</p>
第7級	同 131日分	<p>1 1眼が失明し、他眼の視力が0.6以下になったもの</p> <p>2 両耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの</p> <p>2の2 1耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの</p> <p>3 神経系統の機能又は精神に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの</p> <p>4 削除</p> <p>5 胸腹部臓器の機能に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの</p> <p>6 1手の母指を含み3の手指又は母指以外の4の手指を失ったもの</p> <p>7 1手の5の手指又は母指を含み4の手指の用を廃したもの</p> <p>8 1足をリスフラン関節以上で失ったもの</p> <p>9 1上肢に偽関節を残し、著しい運動障害を残すもの</p> <p>10 1下肢に偽関節を残し、著しい運動障害を残すもの</p> <p>11 両足の足指の全部の用を廃したもの</p> <p>12 外ぼうに著しい醜状を残すもの</p> <p>13 両側のこう丸を失ったもの</p>

障害等級	給付の内容	身体障害
第8級	給付基礎日額の 503日分	<p>1 1眼が失明し、又は1眼の視力が0.02以下になったもの</p> <p>2 せき柱に運動障害を残すもの</p> <p>3 1手の母指を含み2の手指又は母指以外の3の手指を失ったもの</p> <p>4 1手の母指を含み3の手指又は母指以外の4の手指の用を廃したもの</p> <p>5 1下肢を5センチメートル以上短縮したもの</p> <p>6 1上肢の3大関節中の1関節の用を廃したもの</p> <p>7 1下肢の3大関節中の1関節の用を廃したもの</p> <p>8 1上肢に偽関節を残すもの</p> <p>9 1下肢に偽関節を残すもの</p> <p>10 1足の足指の全部を失ったもの</p>
第9級	同 391日分	<p>1 両眼の視力が0.6以下になったもの</p> <p>2 1眼の視力が0.06以下になったもの</p> <p>3 両眼に半盲症、視野狭さく又は視野変状を残すもの</p> <p>4 両眼のまぶたに著しい欠損を残すもの</p> <p>5 鼻を欠損し、その機能に著しい障害を残すもの</p> <p>6 そしゃく及び言語の機能に障害を残すもの</p> <p>6の2 両耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの</p> <p>6の3 1耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になり、他耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの</p> <p>7 1耳の聴力を全く失ったもの</p> <p>7の2 神経系統の機能又は精神に障害を残し、服すること</p>

障害等級	給付の内容	身体障害	障害等級	給付の内容	身体障害
		<p>ができる労務が相当な程度に制限されるもの</p> <p>7の3 胸腹部臓器の機能に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの</p> <p>8 1手の母指又は母指以外の2の手指を失ったもの</p> <p>9 1手の母指を含み2の手指又は母指以外の3の手指の用を廃したもの</p> <p>10 1足の第1の足指を含み2以上の足指を失ったもの</p> <p>11 1足の足指の全部の用を廃したもの</p> <p>11の2 外ぼうに相当程度の醜状を残すもの</p> <p>12 生殖器に著しい障害を残すもの</p>			<p>1 両眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害を残すもの</p> <p>2 両眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの</p> <p>3 1眼のまぶたに著しい欠損を残すもの</p> <p>3の2 10歯以上に対し歯科補てつを加えたもの</p> <p>3の3 両耳の聴力が1メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの</p> <p>4 1耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができな程度になったもの</p> <p>5 せき柱に変形を残すもの</p> <p>6 1手の示指、中指又は環指を失ったもの</p> <p>7 削除</p> <p>8 1足の第1の足指を含み2以上の足指の用を廃したもの</p> <p>9 胸腹部臓器の機能に障害を残し、労務の遂行に相当な程度の支障があるもの</p>
第10級	同 302日分	<p>1 1眼の視力が0.1以下になったもの</p> <p>1の2 正面視で複視を残すもの</p> <p>2 そしゃく又は言語の機能に障害を残すもの</p> <p>3 14歯以上に対し歯科補てつを加えたもの</p> <p>3の2 両耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの</p> <p>4 1耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの</p> <p>5 削除</p> <p>6 1手の母指又は母指以外の2の手指の用を廃したものの</p> <p>7 1下肢を3センチメートル以上短縮したもの</p> <p>8 1足の第1の足指又は他の4の足指を失ったもの</p> <p>9 1上肢の3大関節中の1関節の機能に著しい障害を残すもの</p> <p>10 1下肢の3大関節中の1関節の機能に著しい障害を残すもの</p>	第11級	同 223日分	<p>1 1眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害を残すもの</p> <p>2 1眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの</p> <p>3 7歯以上に対し歯科補てつを加えたもの</p> <p>4 1耳の耳かくの大部分を欠損したものの</p> <p>5 鎖骨、胸骨、ろく骨、肩こう骨又は骨盤骨に著しい変形を残すもの</p> <p>6 1上肢の3大関節中の1関節の機能に障害を残すもの</p> <p>7 1下肢の3大関節中の1関節の機能に障害を残すもの</p> <p>8 長管骨に変形を残すもの</p> <p>8の2 1手の小指を失ったもの</p> <p>9 1手の示指、中指又は環指の用を廃したものの</p> <p>10 1足の第2の足指を失ったもの、第2の足指を含み2の</p>
			第12級	同 156日分	

障害等級	給付の内容	身体障害	障害等級	給付の内容	身体障害
		足指を失ったもの又は第3の足指以外の3の足指を失ったもの 11 1足の第1の足指又は他の4の足指の用を廃したもの 12 局部にがん固な神経症状を残すもの 14 外ぼうに醜状を残すもの	第13級	同 101日分	10 1足の第2の足指の用を廃したもの、第2の足指を含み2の足指の用を廃したもの又は第3の足指以下の3の足指の用を廃したもの
第13級	同 101日分	1 1眼の視力が0.6以下になったもの 2 1眼に半盲症、視野狭さく又は視野変状を残すもの 2の2 正面視以外で複視を残すもの 3 両眼のまぶたの一部に欠損を残し又はまつげはげを残すもの 3の2 5歯以上に對し歯科補てつを加えたもの 3の3 胸腹部臓器の機能に障害を残すもの 4 1手の小指の用を廃したもの 5 1手の母指の指骨の一部を失ったもの 6 削除 7 削除 8 1下肢を1センチメートル以上短縮したもの 9 1足の第3の足指以下の1又は2の足指を失ったもの	第14級	同 56日分	1 1眼のまぶたの一部に欠損を残し、又はまつげを残すもの 2 3歯以上に對し歯科補てつを加えたもの 2の2 1耳の聴力が1メートル以上の距離では小声を解することが出来ない程度になったもの 3 上肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの 4 下肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの 5 削除 6 1手の母指以外の手指の指骨の一部を失ったもの 7 1手の母指以外の手指の遠位指節間関節を屈伸することができなくなったもの 8 1足の第3の足指以下の1又は2の足指の用を廃したもの 9 局部に神経症状を残すもの

備考

- 1 視力の測定は、万国式試視力表による。屈折異常のあるものについてはきょう正視力について測定する。
- 2 手指を失ったものとは、母指は指節間関節、その他の手指は近位指節間関節以上を失ったものをいう。
- 3 手指の用を廃したものとは、手指の末節骨の半分以上を失い、または中手指節間関節若しくは近位指節間関節(母指にあっては指節間関節)に著しい運動障害を残すものをいう。
- 4 足指を失ったものとは、その全部を失ったものをいう。
- 5 足指の用を廃したものとは、第一の足指は末節骨の半分以上、その他の足指は遠位指節間関節以上を失ったもの、または中足指節間関節若しくは近位指節間関節(第一の足指にあっては指節間関節)に著しい運動障害を残すものをいう。

障害（補償）年金前払一時金

1回に限り、障害（補償）年金の前払いを受けることができます。

給付の内容

前払一時金の額は、障害等級に応じて定められている一定額の中から、希望するものを選択できます。

前払一時金が支給されると、障害（補償）年金は、各月分の額（1年を経過した以降の分は年5分の単利で割り引いた額）の合計額が、前払一時金の額に達するまでの間、支給停止されます。

障害等級	前払一時金の額	
第1級	給付基礎日額の	200日分、400日分、600日分、800日分、1,000日分、1,200日分、1,340日分
第2級	〃	200日分、400日分、600日分、800日分、1,000日分、1,190日分
第3級	〃	200日分、400日分、600日分、800日分、1,000日分、1,050日分
第4級	〃	200日分、400日分、600日分、800日分、920日分
第5級	〃	200日分、400日分、600日分、790日分
第6級	〃	200日分、400日分、600日分、670日分
第7級	〃	200日分、400日分、560日分

請求の手続

原則として、障害（補償）給付の請求と同時に、「障害補償年金・障害年金前払一時金請求書」（年金申請様式第10号）を、所轄の労働基準監督署長に提出してください。

ただし、年金の支給決定の通知のあった日の翌日から、1年以内であれば、障害（補償）年金を受けた後でも請求できます。この場合は、それぞれの障害等級に対応する最高限度額から、既に支給された年金の額を減じた額の範囲内で請求することになります。

時効

障害（補償）年金前払一時金は、傷病の治った日の翌日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

障害（補償）年金差額一時金

障害（補償）年金の受給権者が死亡したとき、既に支給された障害（補償）年金と障害（補償）年金前払一時金の合計額が障害等級に応じて定められている一定額に満たない場合には、遺族に対して、障害（補償）年金差額一時金が支給されます。

給付の内容

障害（補償）年金差額一時金は、障害等級に応じて定められている額から、既に支給された障害（補償）年金前払一時金の合計額を差し引いた額です。

障害特別年金についても、障害（補償）年金と同様に、差額一時金の制度があります。

障害等級	障害（補償）年金差額一時金		障害特別年金差額一時金	
第1級	給付基礎日額の	1,340日分	算定基礎日額の	1,340日分
第2級	〃	1,190日分	〃	1,190日分
第3級	〃	1,050日分	〃	1,050日分
第4級	〃	920日分	〃	920日分
第5級	〃	790日分	〃	790日分
第6級	〃	670日分	〃	670日分
第7級	〃	560日分	〃	560日分

●障害（補償）年金差額一時金の支給を受けられる遺族

障害（補償）年金差額一時金の支給を受けられる遺族は、次の(1)または(2)に掲げる遺族で、支給を受けるべき順位は、次の(1)、(2)の順序[遺族の中では、それぞれ(1)、(2)に掲げる順序]となっています。

- (1) 労働者の死亡当時その者と生計を同じくしていた配偶者[婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。(2)についても同じ]、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹
- (2) (1)に該当しない配偶者、子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹

請求の手続

所轄の労働基準監督署長に障害補償年金差額一時金・障害年金差額一時金支給請求書（様式第37号の2）を提出してください。請求書には、次の書類を添付してください。

●提出に当たって必要な添付資料

こういうときは	添付書類
必ず添付するもの	戸籍の謄本又は抄本等の請求人と死亡した労働者との身分関係を証明することができる書類
死亡労働者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった場合	その事実を証明する書類
死亡労働者の収入によって生計を維持していた場合	その事実を証明する書類

※この他にも書類を提出していただく場合があります。

時効

障害（補償）年金差額一時金は、被災労働者の死亡した翌日から5年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

遺族（補償）給付 葬祭料（葬祭給付）

労働者が、業務上の事由、または通勤により死亡したとき、その遺族に対して、遺族（補償）給付が支給されます。
また、葬祭を行う方に葬祭料（葬祭給付）が支給されます。

遺族（補償）給付には、「遺族（補償）年金」と「遺族（補償）一時金」の2種類があります。

遺族（補償）年金

遺族（補償）年金は、受給する資格を有する遺族（受給資格者）のうちの最先順位者（受給権者）に対して支給されます。

受給資格者

遺族（補償）年金の受給資格者となるのは、労働者の死亡当時その者の収入によって生計を維持していた配偶者・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹ですが、妻以外の遺族については、労働者の死亡の当時に一定の高齢、または年少であるか、一定の障害の状態にあることが必要です。

なお、「労働者の死亡の当時、労働者の収入によって生計を維持していた」とは、もっぱら、または主として労働者の収入によって生計を維持されていることを要せず、労働者の収入によって生計の一部を維持していれば足り、いわゆる「共稼ぎ」の場合もこれに含まれます。

受給権者となる順位は次のとおりです。

- ① 妻、または60歳以上か一定障害の夫
- ② 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるか一定障害の子
- ③ 60歳以上か一定障害の父母
- ④ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるか一定障害の孫
- ⑤ 60歳以上か一定障害の祖父母
- ⑥ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるか60歳以上、または一定障害の兄弟姉妹
- ⑦ 55歳以上60歳未満の夫
- ⑧ 55歳以上60歳未満の父母
- ⑨ 55歳以上60歳未満の祖父母
- ⑩ 55歳以上60歳未満の兄弟姉妹

※ 一定の障害とは、障害等級第5級以上の身体障害をいいます。

※ 配偶者の場合、婚姻の届出をしていなくても、事実上婚姻関係と同様の事情にあった方も含まれます。また、労働者の死亡の当時、胎児であった子は、生まれたときから受給資格者となります。

※ 最先順位者が死亡や再婚などで受給権を失うと、その次の順位の方が受給権者となります。

※ ⑦～⑩の55歳以上60歳未満の夫・父母・祖父母・兄弟姉妹は、受給権者となっても、60歳になるまでは年金の支給は停止されます。

給付の内容

遺族の数などに応じて、遺族(補償)年金、遺族特別支給金、遺族特別年金が支給されます。なお、受給権者が2人以上いるときは、その額を等分した額がそれぞれの受給権者が受ける額となります。

遺族数	遺族(補償)年金	遺族特別支給金(一時金)	遺族特別年金
1人	給付基礎日額の153日分 (ただし、55歳以上の妻または一定の障害状態にある妻の場合は給付基礎日額の175日分)	300万円	算定基礎日額の153日分 (ただし、55歳以上の妻または一定の障害状態にある妻の場合は算定基礎日額の175日分)
2人	給付基礎日額の201日分		算定基礎日額の201日分
3人	〃 223日分		〃 223日分
4人以上	〃 245日分		〃 245日分

請求の手続

所轄の労働基準監督署長に、遺族補償年金支給請求書(様式第12号)、または遺族年金支給請求書(様式第16号の8)を提出してください。

なお、特別支給金の支給申請は、原則として遺族(補償)給付の請求と同時に行うこととなっています。様式は、遺族(補償)給付と同じです。

●提出に当たって必要な添付書類 ※この他にも書類を提出していただく場合があります。

こういうときは	添付書類
必ず添付するもの	死亡診断書、死体検案書、検死調書又はそれらの記載事項証明書など、労働者の死亡の事実及び死亡の年月日を証明することができる書類 戸籍の謄本、抄本など、請求人及び他の受給資格者と死亡労働者との身分関係を証明することができる書類 請求人及び他の受給資格者が死亡労働者の収入によって生計を維持していたことを証明することができる書類
請求人又は他の受給資格者が死亡労働者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるとき	その事実を証明する書類
請求人及び他の受給資格者のうち一定の障害の状態にあることにより受給資格者となる者があるとき	診断書など労働者の死亡時から引き続き当該障害の状態にあることを証明することができる書類
受給資格者のうち、請求人と生計を同じくしている者があるとき	その事実を証明する書類
妻が障害の状態にある場合	診断書など、労働者の死亡の時以後障害の状態にあったこと及びその障害の状態が生じ又はその事情がなくなった時を証明することができる書類
同一の事由により、遺族厚生年金、遺族基礎年金、寡婦年金等が支給される場合	支給額を証明することができる書類

時効

遺族(補償)年金は、被災者が亡くなった日の翌日から5年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

遺族（補償）一時金

(1) 遺族（補償）一時金が支給される場合

次のいずれかの場合に支給されます。

- ① 労働者の死亡の当時、遺族(補償)年金を受ける遺族がない場合
- ② 遺族(補償)年金の受給権者が最後順位者まですべて失権したとき、受給権者であった遺族の全員に対して支払われた年金の額及び遺族(補償)年金前払一時金(P29)の額の合計額が給付基礎日額の1,000日分に満たない場合

(2) 受給権者

遺族(補償)一時金の受給権者は、次のうち最先順位にある方(②③については、子・父母・孫・祖父母の順序)で、同じ順位の方が2人以上いる場合は、全員が受給権者となります。

- ① 配偶者
- ② 労働者の死亡の当時その収入によって生計を維持していた子・父母・孫・祖父母
- ③ その他の子・父母・孫・祖父母
- ④ 兄弟姉妹

給付の内容

上記(1)の①の場合

給付基礎日額の1,000日分が支給されます。

また、遺族特別支給金として300万円が支給されるほか、遺族特別一時金として算定基礎日額の1,000日分が支給されます。

上記(1)の②の場合

給付基礎日額の1,000日分から、すでに支給された遺族(補償)年金などの合計額を差し引いた差額が支給されます。

受給権者であった遺族の全員に対して支払われた遺族特別年金の合計額が算定基礎日額の1,000日分に達していないときは、遺族特別一時金として算定基礎日額の1,000日分とその合計額との差額が支給されます。(遺族特別支給金は支給されません)

請求の手続

所轄の労働基準監督署長に、遺族補償一時金支給請求書(様式第15号)、または遺族一時金支給請求書(様式第16号の9)を提出してください。
 なお、特別支給金の支給申請は、原則として遺族(補償)一時金の請求と同時に行うこととなっています。様式は、遺族(補償)一時金と同じです。

●提出に当たって必要な添付書類

こういうときは	添付書類
死亡労働者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるとき	その事実を証明する書類
死亡労働者の収入によって生計を維持していた者である場合	その事実を証明する書類 事実を証明する書類
労働者の死亡当時、遺族補償年金を受けることのできる遺族がいない場合	ア 死亡診断書、死体検案書、検死調書又はそれらの記載事項証明書など、労働者の死亡の事実及び死亡の年月日を証明することができる書類 イ 戸籍の謄本、抄本など、請求人と死亡した労働者との身分関係を証明することができる書類
遺族補償年金の受給権者が最後順位者まで全て失権した時で、受給権者であった遺族の全員に対して支払われた年金の額及び遺族(補償)年金前払一時金の額の合計額が給付基礎日額の1,000日分に満たない場合	上記イの書類

※この他にも書類を提出していただく場合があります。

時効

遺族(補償)一時金は、遺族(補償)年金の場合と同様に被災者が亡くなった日の翌日から5年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

遺族（補償）年金前払一時金

1回に限り、遺族（補償）年金の前払いを受けることができます。
また、若年停止により年金の支給が停止されている方も、前払いを受けることができます。

給付の内容

前払一時金の額は、給付基礎日額の200日分、400日分、600日分、800日分、1,000日分のなかから、希望する額を選択できます。

なお、前払一時金が支給されると、遺族（補償）年金は、各月分の額（1年を経過した以降の分は年5分の単利で割り引いた額）の合計額が、前払一時金の額に達するまでの間、支給停止されます。

請求の手続

原則として、遺族（補償）年金の請求と同時に、遺族補償年金・遺族年金前払一時金請求書（年金申請様式第1号）を、所轄の労働基準監督署長に提出してください。

ただし、年金の支給決定の通知のあった日の翌日から、1年以内であれば、遺族（補償）年金を受けたあとでも請求することができます。この場合は、給付基礎日額の1000日分から、既に支給された年金の額の合計額を減じた額の範囲内で請求することになります。

時効

遺族（補償）年金前払一時金は、被災労働者が亡くなった日の翌日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

遺族（補償）年金の受給権者が変わるとき（転給）

遺族（補償）年金の受給権者が、次の理由によって年金を受けられなくなったときは、次の順位の遺族が年金の支給を受けることになります。

- (1) 死亡したとき
- (2) 婚姻（届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む）したとき
- (3) 直系血族、または直系姻族以外の者の養子（届出をしていないが、事実上養子縁組関係と同様の事情にある場合を含む）となったとき
- (4) 離縁によって、死亡した労働者との親族関係が終了したとき
- (5) 子、孫、兄弟姉妹については、18歳に達する日以後の最初の3月31日が終了したとき（労働者の死亡の時から引き続き一定障害の状態にあるときを除く）
- (6) 一定障害の状態にある夫、子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹については、その事情がなくなったとき

請求の手続

所轄の労働基準監督署長に遺族補償年金・遺族年金転給等請求書（様式第13号）を提出してください。

遺族特別年金の支給申請は、原則として転給の請求と同時に行うこととなっています。様式は、転給等請求書と同じです。

●提出に当たって必要な添付書類

こういうときは	添付書類
必ず添付するもの	戸籍の謄本、抄本など、請求人及び請求人と生計を同じくしている他の受給資格者を死亡労働者との身分関係を証明することができる書類
請求人及び請求人と生計を同じくしている他の受給資格者のうち一定の障害の状態にあることにより受給資格者となる者があるとき	診断書など労働者の死亡時から引き続き当該障害の状態にあることを証明することができる書類
受給資格者のうち、請求人と生計を同じくしている者があるとき	その事実を証明する書類

※この他にも書類を提出していただく場合があります。

葬祭料（葬祭給付）

葬祭料(葬祭給付)の支給対象となる方は、必ずしも遺族とは限りませんが、通常は葬祭を行うのにふさわしい遺族が該当します。

なお、葬祭を執り行う遺族がなく、社葬として死亡労働者の会社において葬祭を行った場合は、葬祭料(葬祭給付)はその会社に対して支給されます。

請求の内容

葬祭料(葬祭給付)の額は、315,000円に給付基礎日額の30日分を加えた額です。この額が給付基礎日額の60日分に満たない場合は、給付基礎日額の60日分が支給額となります。

請求の手続

所轄の労働基準監督署長に、葬祭料請求書(様式第16号)、または葬祭給付請求書(様式第16号の10)を提出してください。

●請求にあたって必要な添付書類

死亡診断書、死体検案書、検視調書、またはそれらの記載事項証明書など、被災労働者の死亡の事実、死亡の年月日を証明することができる書類。

ただし、遺族(補償)給付の請求書を提出する際に添付してある場合には、必要ありません。

時効

葬祭料(葬祭給付)は、被災労働者が亡くなった日の翌日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

介護（補償）給付

障害（補償）年金、または傷病（補償）年金の第1級の方すべてと、第2級の精神神経・胸腹部臓器の障害を有している方が、現に介護を受けている場合に、介護補償給付（業務災害の場合）、または介護給付（通勤災害の場合）が支給されます。

支給の要件

1 一定の障害の状態に該当すること

介護（補償）給付は、障害の状態に応じ、常時介護を要する状態と随時介護を要する状態に区分されます。常時介護、または随時介護を要する障害の状態は、次のとおりです。

	該当する方の具体的な障害の状態
常時介護	① 精神神経・胸腹部臓器に障害を残し、常時介護を要する状態に該当する方（障害等級第1級3・4号、傷病等級第1級1・2号） ② { ・両眼が失明するとともに、障害又は傷病等級第1級・第2級の障害を有する方 ・両上肢及び両下肢が亡失又は用廃の状態にある方 など①と同程度の介護を要する状態である方
随時介護	① 精神神経・胸腹部臓器に障害を残し、随時介護を要する状態に該当する方（障害等級第2級2号の2・2号の3、傷病等級第2級1・2号） ② 障害等級第1級又は傷病等級第1級に該当する方で、常時介護を要する状態ではない方

2 現に介護を受けていること

民間の有料の介護サービスや親族、友人・知人により、現に介護を受けていることが必要

3 病院、または診療所に入院していないこと

4 老人保健施設、障害者支援施設（生活介護を受けている場合に限る）、特別養護老人ホーム、原子爆弾被爆者特別養護ホームに入所していないこと

これらの施設に入所している場合は、施設において十分なサービスが提供されているものと考えられることから、支給対象とはなりません。

給付の内容

介護(補償)給付の支給額は、次のとおりです(平成25年4月1日現在)。

(1) 常時介護の場合

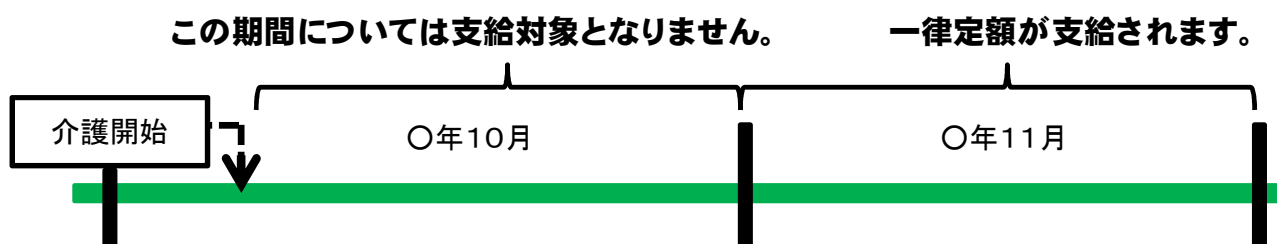
- ① 親族、または友人・知人の介護を受けていない場合には、介護の費用として支出した額
(上限104,290円)
- ② 親族、または友人・知人の介護を受けているとともに、
 - ア 介護の費用を支出していない場合には、一律定額として56,600円
 - イ 介護の費用を支出しており、その額が56,600円を下回る場合には、56,600円
 - ウ 介護の費用を支出しており、その額が56,600円を上回る場合には、その額
(上限104,290円)

(2) 随時介護の場合

- ① 親族、または友人・知人の介護を受けていない場合には、介護の費用として支出した額
(上限52,150円)
- ② 親族、または友人・知人の介護を受けているとともに、
 - ア 介護の費用を支出していない場合には、一律定額として28,300円
 - イ 介護の費用を支出しており、その額が28,300円を下回る場合には、28,300円
 - ウ 介護の費用を支出しており、その額が28,300円を上回る場合には、その額
(上限52,150円)

● 月の途中から介護を開始した場合

- ① 介護費用を支払って介護を受けた場合は、上限額の範囲で介護費用が支給されます。
- ② 介護費用を支払わないで親族などから介護を受けた場合は、その月は支給されません。
(例) 10月途中から親族などにより介護を受けはじめた場合



※請求書の「請求対象年月」欄には、介護を開始した月(この例では10月分)についても記入してください。

請求の手続

介護(補償)給付を請求するときは、所轄の労働基準監督署長に、介護補償給付・介護給付支給請求書(様式第16号の2の2)提出してください。

●提出に当たって必要な添付書類

こういうときは	該当する方の具体的な障害の状態
必ず添付するもの	医師又は歯科医師の診断書
介護の費用を支出している場合	費用を支出して介護を受けた日数及び費用の額を証明する書類

※この他にも書類を提出していただく場合があります。

傷病(補償)年金の受給者及び障害等級第1級3号・4号、または第2級2号の2・2号の3に該当する方は、診断書を添付する必要はありません。
また、継続して2回目以降の介護(補償)給付を請求するときにも、診断書は必要ありません。
介護(補償)給付の請求は、1か月を単位として行いますが、3か月分をまとめて請求しても差し支えありません。

時効

介護(補償)給付は、介護を受けた月の翌月の1日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

各種請求書の記入例

1. 療養の給付請求書（様式第5号）
2. 療養の費用請求書（様式第7号）
3. 休業補償給付支給請求書（様式第8号）
4. 障害補償給付支給請求書（様式第10号）
5. 遺族補償一時金支給請求書（様式第15号）
6. 遺族補償年金支給請求書（様式第12号）
7. 葬祭料請求書（様式第16号）
8. 介護補償給付支給請求書（様式第16号の2の2）

療養の給付請求書(様式第5号)記入例

通勤災害の場合は様式第16号の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。

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン	
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	ハ	
9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ		

標準字体

不明な場合は事業場に記入を依頼して下さい。

80

①管轄局署

②業通別

③保留

元号、年、月の順に記載して下さい。

元号：昭和は5です
平成は7です

⑦支給・不支給決定年月日

標準字体で記入

Workers' compensation insurance number

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

1 男
3 女

Birth day

date of injury or attack

※

⑫氏名

Name (Katakana)

⑬三者

⑭特疾

⑮特別加入者

災害発生の事実を確認した人の職名、氏名を記載して下さい。

男性は「1」、女性は「3」を記入して下さい。

氏名をカタカナで1マス空けて記入して下さい。

Address

zip code

⑯負傷又は発病の時刻

Time of injury or attack

午前 午後

⑰災害発生の事実を確認した者の職名、氏名

position

Name

⑱職業

⑲災害の原因と発生状況

(ホ)どのような場所(イ)どのような作業をしているときに(ウ)どのような物又は環境に(エ)どのような不安全又は有害な状態があった(オ)どのような災害が発生したかを詳細に記入してください。

- ①どこで
- ②どのような状況で
- ③どのような作業をしているときに
- ④何が原因で
- ⑤どのような災害が発生したかを明確にして下さい。

⑳指定病院等の

名称

電話番号

局番

所在地

郵便番号

㉑傷部の部位及び状態

㉒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。

事業の名称

電話番号

局番

事業場の所在地

郵便番号

事業主の氏名

※事業主証明欄

労働者の所属事業場の名称・所在地

電話番号

局番

(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。

Chief director labor standards

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。

zip code

Telephone

労働基準監督署長 殿

郵便番号

局番

Name of hospital

病院名称

Address

住所

電話番号

局番

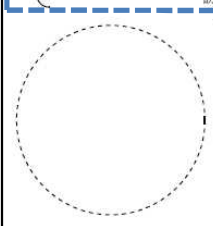
請求人の

Name

氏名

Sign

印



支不支給決定決議書	署長	次長	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	第

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

※会社から証明が受けられない場合は提出先監督署にご相談下さい。

療養の費用給付請求書(様式第7号(1)(表面))記入例

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)

帳票種別 ①管轄局署 ②業通別
※ 34250 0000 1業
1業
3通

標準字体
05ア 16イ 27ウ 38エ 49オ
5 ア 6 イ 7 ウ 8 エ 9 オ
10 カ 11 キ 12 ク 13 ケ 14 コ
15 ク 16 ケ 17 コ 18 カ 19 キ
20 ケ 21 コ 22 カ 23 キ 24 ク
25 ケ 26 コ 27 カ 28 キ 29 ク
30 ケ 31 コ 32 カ 33 キ 34 ク
35 ケ 36 コ 37 カ 38 キ 39 ク
40 ケ 41 コ 42 カ 43 キ 44 ク
45 ケ 46 コ 47 カ 48 キ 49 ク

③ 労働除号 ④ 管轄局 種別 西暦年 番号
Workers' compensation insurance number
元号、年、月の順に記載して下さい。
元号：昭和は5です
平成は7です

⑤ 労働者の性別 ⑥ 労働者の生年月日 ⑦ 負傷又は発病年月日
Birth day Date of injury or attack
元号：昭和は5です
平成は7です

⑧ 労働者の氏名 (Age) Zip code
氏名をカタカナで1マス空けて記入して下さい。

⑨ 労働者の職業
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。

⑩ 預金の種類 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、番号は右詰めで記入し、空欄は「0」を記入)
Kind of deposit account number
⑫ 振替の名称
Name of financial institution
⑬ 支店名称
Branch name
⑭ 口座名義人
Account holder
The full name of the account holder of a title deeds
⑮ 郵便番号
Zip code

⑯ ⑰の者については⑰及び裏面の(ス)、(フ)に記載したとおりであることを証明します。

事業主証明欄

事業主の氏名
事業の所在地
年月日
事業場の所在地
郵便番号

※ 第二回目以降の請求で離職後である場合には、必要ありません
(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) 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つては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内

医療機関記載欄

⑱ 療養の内容 (イ) 期間 年月日 から 年月日まで 日間 診療実日数 日
(ロ) 傷病の部位及び傷病名
(ハ) 傷病の経過概要
(ニ) 療養の内訳及び金額(内訳裏面のとおり)

⑲の者については、(イ)から(ロ)までに記載したとおりであることを証明します。

病院又は診療所の名称
所在地
電話番号
診療担当氏名
印

(ホ) 看護料 Nursing charges
(ヘ) 移動搬送料 Transportation costs
(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)
(チ) 療養の給付を受けなかった理由 Reason why supply of recuperation is not received
⑳ 療養に要した費用の額(合計) Amount of cost that requires it to recuperate

①費用の種類別 ②療養期間の初日 ③療養期間の末日 ④診療実日数 ⑤転帰事由
※ 1 診療 2 看護料 3 移動搬送料 4 療養費 5 診断書
1 治癒 2 継続 3 転院 4 中止 5 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。
Date of application 郵便番号 zip_code 電話 Telephone
年 月 日
請求人の住所 Address (カ)
請求人の氏名 Name Sign 印

Chif director labor standards 労働基準監督官長 殿

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

請求人ご自身が記入する部分です。 医療機関が記入する部分です。 37 会社が記入する部分です。 ※会社から証明が受けられない場合は提出先監督署にご相談下さい。

療養の費用給付請求書(様式第7号(1)(裏面))記入例

様式第7号(1)(裏面)

(ア) 労働者の所属事業場の名称・所在地 Name and address in workplace	(イ) 災害発生の時刻 Time of the accident Am 午前 時 分 Pm 午後 時 分	(ロ) 災害発生の職名 Job 災害発生の事実を確認した者の氏名 Name
(フ) 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(お)どのような災害が発生したかを詳細に記入すること The cause of the accident and the outbreak situation		

災害発生の事実を確認した人の職、氏名を記載して下さい。

療養の内訳及び金額

項目	内容	金額	単位	回数	金額	
初診	時間外・休日・深夜	円				
	外来診療料	円				
	継続管理加算	円				
	外来管理加算	円				
	時間外	円				
指導	休日	円				
	深夜	円				
	深夜	円				
在宅	往診	円				
	夜間	円				
	緊急・深夜	円				
	在宅患者訪問診療	円				
	その他	円				
投薬	内服 薬剤	円	単位	回数		
	調剤	円				
	注射 薬剤	円	単位	回数		
	処方	円				
	麻毒	円				
	調基	円				
	注射	皮下筋内	円			
		静脈内	円			
		その他	円			
	処置	薬剤	円			
その他		円				
手術	薬剤	円				
	その他	円				
検査	薬剤	円				
	その他	円				
画像診断	薬剤	円				
	処方せん	円				
入院	入院年月日	年 月 日				
	病・診・衣	円	日間	回数		
	入院基本料・加算	円				
	特定入院料・その他	円				
	小計	円				
小計					円	
合計金額					円	

医療機関記載欄
(医療の内容及び金額を記載してください。)

- ①どこで
- ②どのような状況で
- ③どのような作業をしているときに
- ④何が原因で
- ⑤どのような災害が発生したかを明確にして下さい。

一、この請求書は、労働者が当該事業場の災害発生の事実を確認した者の職、氏名を記載して下さい。

二、この請求書は、労働者が当該事業場の災害発生の事実を確認した者の職、氏名を記載して下さい。

三、この請求書は、労働者が当該事業場の災害発生の事実を確認した者の職、氏名を記載して下さい。

四、この請求書は、労働者が当該事業場の災害発生の事実を確認した者の職、氏名を記載して下さい。

派遣元事業主が証明する事項 (表面の②及び(イ)、(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	電話番号
派遣先事業主証明欄	年月日	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	印
	加字	

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	電話番号
		印	

休業補償給付支給請求書(様式第8号)記入例

様式第8号(表面) 労働者災害補償保険 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)

① 管轄局署

※ 34350

③ 新種再別 ④ 受付年月日

タナハマヤラフ
チニヒミリン
ツヌフムルハ
エケセテネヘメレ
オコソトノホモヨロ

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。(例) カ"ハ。

② 労働保険番号 Workers' compensation insurance number

⑥ 労働者の生年月日 Birthday

⑦ 負傷又は発病年月日 date of injury or attack

⑧ 業通別 ⑨ 三者コード ⑩ 日雇コード ⑪ 特別加入者

⑫ 氏名 Name (歳)

⑬ 住所 Address

⑭ 療養の期間 Period when it was not able to work because of recuperation

⑮ 療養のため労働できなかった期間(⑭)と、そのうち賃金を受けなかった日数(⑯)を記入して下さい。

⑯ 賃金を受けなかった日数 Days on day when pay was not received

⑰ 平均賃金 Average wage

⑱ 特別給与 Special allowance

⑲ 郵便番号 zip code

⑳ 振込の金融機関 Name of financial institution

㉑ 支店名 Branch name

㉒ 口座名義人 Name of account holder

㉓ 口座番号 Account number

㉔ メイギニン(カタカナ) The full name of the account holder

㉕ 郵便局コード Post office code

⑳㉑㉒及び左の銀行名、口座名義人欄は新規に口座を届ける場合、または届け出た口座を変更する場合のみ記入して下さい。

⑫の者については、⑦、⑱、㉑、㉒から㉓まで(㉓の○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。

年月日

事業主証明欄

事業主の氏名

事業場の所在地

事業主の氏名

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 傷病の経過

㉓ 療養の現況

㉔ 療養の経過

㉕ 療養の現況

㉖ 療養の経過

㉗ 療養の現況

㉘ 療養の経過

㉙ 療養の現況

㉚ 療養の経過

㉛ 療養の現況

㉜ 療養の経過

㉝ 療養の現況

㉞ 療養の経過

㉟ 療養の現況

㊱ 療養の経過

㊲ 療養の現況

㊳ 療養の経過

㊴ 療養の現況

㊵ 療養の経過

㊶ 療養の現況

㊷ 療養の経過

㊸ 療養の現況

㊹ 療養の経過

㊺ 療養の現況

㊻ 療養の経過

㊼ 療養の現況

㊽ 療養の経過

㊾ 療養の現況

㊿ 療養の経過

⑫の者については、㉑から㉓までに記載したとおりであることを証明します。

年月日

所在地

病院又は診療所の名称

診療担当者氏名

上記により休業補償給付の支給を請求します。

Date of application 年月日

請求人の住所 Address

請求人の氏名 Name

郵便番号 zip code

電話 Telephone

Sign

労働基準監督署長 殿

請求人ご自身が記入する部分です。

医療機関が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

※会社から証明が受けられない場合は提出先監督署にご相談下さい。

障害補償給付支給請求書(様式第10号)記入例

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

障害特別支給金支給申請書
障害特別年金支給申請書
障害特別一時金

男性は「男」女性は「女」に○をして下さい。

通勤災害の場合は様式第16号の7

不明な場合は事業場に記入を依頼して下さい。

災害が発生した場所、そのときの作業内容、状況を明確にして下さい。

同一の傷病について厚生年金保険などの年金を支給される場合にのみ記入して下さい。

① 労働保険番号 府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 Workers compensation insurance Number		③ 氏名 フリガナ Name(Katakana) 氏名 Name (男・女) 生年月日 Birthday 日 (Age 歳) フリガナ Address(Katakana) 住所 Address 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 date of injury or attack 午後 時 分頃	
② 年金証書の番号 管轄局種別 西暦年 番号		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。) The cause of the disaster and the outbreak situation		⑤ 傷病の治癒した年月日 年 月 日 date of wound recovered	
⑨ 基礎年金番号 Individual pension number		⑩ 被保険者資格の取得年月日 Total of special galary in one year 厚生年金保険法のイ、障害年金 国民年金法のイ、障害年金 船員保険法の傷害年金		⑦ 平均賃金 Average wages 円 銭	
⑪ 障害等級 Grade of disability		⑫ 支給される年金の種類等 Amount of provided pension 支給されることとなった年月日 Date to have been provided 月 日		⑧ 特別給与の総額(年額) 円	
⑬ 年金の種類 Kind of pension		⑭ 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード Pension code of annuity bond of welfare annuity		⑯ 所轄年金事務所等 Jurisdiction pension office etc.	
⑬の者については、④、⑥から⑧まで並びに⑩⑪⑫及び⑭に記載したとおりであることを証明します。 事業主証明欄 事業の名称 電話番号 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⑭及び⑯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。					
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 Part and symptom of existing trouble			
⑫ 添付する書類その他の資料名 Name of appended document					
⑬ 年金の払渡しを希望する金融機関郵便局 Financial institution or post office where transfer of pension is hoped		⑭ 預金通帳の記号番号 普通・当座 第 Sign number of bankbook ※ 郵便局コード Name of postal savings (katakana) Name of postal savings 郵便局 住所 郵便局 Address 都道府県 市郡区 ※ 金融機関店舗コード Name of financial institution Branch name 本店・本所 出張所 支店・支所 預金通帳の記号番号 Sign number of bankbook 号			
障害補償給付の支給を請求します。 上記より 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 Date of application 年 月 日 請求人の住所 Address 氏名 Name Sign					
振込を希望する金融機関の名称 Financial institution or post office where transfer of pension is hoped		預金の種類及び口座番号 Branch name 本店・本所 出張所 支店・支所 普通・当座 第 Account number 号 口座名義人 Nominee			

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

遺族補償年金支給請求書(様式第12号)記入例

様式第12号(表面) 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

通勤災害の場合は様式第16号の9

男性は「男」女性は「女」に○をして下さい。

不明な場合は事業場に記入を依頼して下さい。

災害が発生した場所、そのときの作業内容、状況を明確にして下さい。

同一の傷病について厚生年金保険などの年金を支給される場合にのみ記入して下さい。

請求人の氏名、生年月日、住所、被災者との関係、障害の有無を記載して下さい。

請求人以外で遺族補償年金を受けることができる遺族を記入して下さい。

請求人と生計を同じくしているか

同一の場合は「いる」に、異なる場合は「いない」に○をして下さい。

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

遺族補償年金支給請求書

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
轄局 種別 西暦年 番号 枝番号

③ 死亡労働者の氏名
フリガナ Name(Katakana)
氏名 Name (男・女)
生年月日 Birthday 年 月 日 Age 歳
職 種 Occupational category
所属事業所名称・所在地

④ 負傷又は発病年月日
年 月 日
date of injury or attack
午前 午後 時 分 頃

⑤ 死亡年月日
年 月 日
date of wound recovered

⑥ 災害の原因及び発生状況
The cause of the disaster and the outbreak situation

⑦ 平均賃金
Average wages 銭

⑧ 特別給与の総額(年額)
Total of special salary In one year 円

⑨ ④死亡労働者の基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード
⑩ 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 船員保険法の 遺族年金
支給される年金の額 支給されることとなった年月日 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード 所轄社会保険事務所等

⑪ 事業主証明欄
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)

⑫ 請求人の氏名、生年月日、住所、被災者との関係、障害の有無を記載して下さい。

⑬ 請求人以外で遺族補償年金を受けることができる遺族を記入して下さい。

⑭ 添付書類
金融機関 名称 金融機関店舗コード 名称 of financial institution
預金通帳番号 記号番号 Sign number of bankbook
郵便局 名称 郵便局コード 名称 of postal savings
所在地 Address 都道府県 市区
記号番号 Sign number of bankbook

⑮ 遺族補償年金の支給を請求します。
Date of application 日 請求人の住所 Address
労働基準監督署長 殿 (代表者) 氏名 Name Sign

⑯ 預金の種類及び口座番号
Name 銀行・金庫 本店 普通・当座 第 Account number
Branch name 支店 名義人 Nominee
支所

遺族補償一時金支給請求書(様式第15号)記入例

様式第15号 (表面)

通勤災害の場合は様式第16号の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

男性は「男」女性は「女」に○をして下さい。

〔注意〕

③の死亡一括適用の

不明な場合は事業場に記入を依頼して下さい。

事業場名称
 している支店、工

災害が発生した場所、そのときの作業内容、状況を明確にして下さい。

現場等の場合に記入して下さい。
 は、死亡労働者の直接所属する事業場が

請求人の氏名、生年月日、住所、被災者との関係、障害の有無を記載して下さい。

① 労働保険番号 <small>所属 管轄 基幹番号 枝番号</small> Workers' compensation insurance number				③ フリガナ Name(Katakana) 氏名 Name (男・女) 生年月日 Birthday 月 日 (Age 歳)		④ 負傷又は発病年月日 date of injury or attack 年 月 日 午前 午後 時 分 頃	
② 年金証書の番号 <small>管轄局 種別 西暦年 番号 枝番号</small>				労働者の 所属事業場 名称 所在地 Occupational category		⑤ 死亡年月日 date of wound recovered 年 月 日	
⑥ 災害の原因及び発生状況 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。							
事業主証明欄 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) 事業場の所在地 事業の名称 年 月						電話番号 局番 郵便番号	
⑨ 請求人 Claimant's 氏名 Name 生年月日 Birthday 年 月 日 住所 Address 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日		死亡労働者との関係 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			
⑩ 添付する書類その他の資料名 Name of appended document							

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 申請人の (代表者)	A zip code 郵便番号	Telephone 電話番号	局番	
労働基準監督署長 殿		住所 Address	氏名 Name		
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) Financial institution or post office where transfer of pension is hoped			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 支店 支所	普通・当座 第 号 Nominee 名義人			

(物品番号 62110) 19.

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

葬祭料請求書(様式第16号)記入例

様式第16号(表面) 業務災害用 通勤災害の場合は様式第16号の10

労働者災害補償保険
葬 祭 料 請 求 書

男性は「男」女性は「女」に○をして下さい。

① 労働保険番号 府県 所管 管轄 基幹 番号 校番号 <small>Workers' compensation insurance number</small>	フリガナ ③ 氏 名 <small>Name(katakana)</small>	住所 <small>Address</small>
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号	請求人の死亡との関係 <small>Relation to worker</small>	
フリガナ ④ 氏 名 <small>Name(Katakana)</small> (男・女)	死亡年月日 <small>Birth day</small> 年 月 日 (Age 歳)	⑤ 負傷又は発病年月日 <small>date of injury or attack</small> 年 月 日 午前 時 分 頃
労働者の所属事業場名称・所在地 <small>Occupational category</small>	Address	⑦ 死亡年月日 <small>date of death</small> 年 月 日
⑥ 災害の原因及び発生状況 <small>The cause of the disaster and the outbreak situation</small>		⑧ 平均賃金 <small>Average wages</small> 円 銭
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。		
<div style="border: 2px solid red; padding: 10px;"> <p style="font-size: 2em; color: red; margin: 0;">事業主証明欄</p> <p>事業の名称 _____ 電話番号 _____ 局番 _____</p> <p>_____ 郵便番号 _____</p> <p>事業場の所在地 _____</p> <p>事業主の氏名 _____ ⑨</p> <p>(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)</p> </div>		
⑨ 添付する書類その他の資料名 <small>Name of appended document</small>		
上記により葬祭料の支給を請求します。		
Date of application 年 月 日	郵便番号 A zip code _____	電話番号 Telephone _____ 局番 _____
請求人の住所 Address 労働基準監督署長 殿		氏名 Name _____ ⑩ Sign
Financial institution where transfer is hoped 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 <small>Account number</small> 普通・当座 第 _____
Name 銀行・金庫 農協・漁協・信組	Branch name 本店 支店 支所	名義人 Nominee

(物品番号 62111)

災害が発生した場所、そのときの作業内容、状況を明確にして下さい。

請求人ご自身が記入する部分です。

会社が記入する部分です。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

介護(補償)給付支給請求書(様式第16号の2の2)記入例

■ 様式第16号の2の2(表面)

労働者災害補償保険
標準字体 アラビア
介護補償給付 支給請求書
介護給付

業務災害の場合は「介護補償給付」に、通勤災害の場合は「介護給付」に○をして下さい。

①管轄局番 ②受付年月日 ③特別
※ 35290

(注意) (イ) 年金証書番号 (ロ) 受給している労災年金の種類 (ハ) 障害の部位及び状態並びに当該障害を補償するに供する日常生活用具の種類及び状態

年金証書を受け取っている場合には年金証書の番号を記入して下さい。

受給している年金の種類にチェックし、など級を記入して下さい

(ニ) ⑥ 氏名(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左詰めで記入してください。 Birthday 生年月日 年 月

元号、年、月の順に記載して下さい。(平成は7です。)

費用を支出して介護を受けた日数を記入して下さい。

⑦ 請求対象年月 ⑧ 費用を支出して介護を受けた日数 ⑨ 介護に要する費用と介護に要する費用とを差引した費用の額

右の欄及び⑳～㉑までの欄は口座を新たに届ける場合、または口座を変更する場合のみ記入して下さい。

振込を希望する金融機関の名称 口座名義人

住居で介護を受けている場合は「イ」に、施設などで介護を受けている場合は「ロ」○して下さい。

介護している者が、親族の場合は「イ」、友人・知人の場合は「ロ」、看護師・家政婦の場合は「ハ」、施設職員の場合は「ニ」に○して下さい。

⑩ 預(貯)金の種別 ⑪ 口座番号 ⑫ 口座名義人(カタカナ) ⑬ 口座名義人(Continuation)

あなたに対して介護をした方について、氏名、生年月日、続柄、介護期間、(介護を行った最初の日と最終の日)及び介護を行った日数を記入して下さい。区分が「ハ」、「ニ」の場合については、氏名、生年月日続柄の記入は不要です。

介護を受けている者の氏名、生年月日、続柄、介護期間、介護を行った日数

上記より介護補償給付の支給を請求します。 A zip code 電話 (Telephone)

請求人の住所、氏名、印

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。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

住所、氏名、印、電話番号

各給付の請求様式の種類及び提出先

給付の種類	業務災害 通勤災害 の別	請求書の名称	様式番号	提出先
療養（補償）給付	業務災害	療養補償給付たる療養の給付請求書	5号	病院や薬局等を経て 所轄労働基準監督署長
	通勤災害	療養給付たる療養の給付請求書	16号の3	
	業務災害	療養補償給付たる療養の費用請求書	7号	所轄労働基準監督署
	通勤災害	療養給付たる療養の費用請求書	16号の5	
休業（補償）給付	業務災害	休業補償給付支給請求書	8号	所轄労働基準監督署
	通勤災害	休業給付支給請求書	16号の6	
障害（補償）給付	業務災害	障害補償給付支給請求書	10号	所轄労働基準監督署
	通勤災害	障害給付支給請求書	16号の7	
遺族（補償）給付	業務災害	遺族補償年金支給請求書	12号	所轄労働基準監督署
	通勤災害	遺族年金支給請求書	16号の8	
	業務災害	遺族補償一時金支給請求書	15号	
	通勤災害	遺族一時金支給請求書	16号の9	
葬祭料（葬祭給付）	業務災害	葬祭料請求書	16号	所轄労働基準監督署
	通勤災害	葬祭給付請求書	16号の10	
介護（補償）給付		介護補償給付・介護給付支給請求書	16号の2の2	所轄労働基準監督署