

Guia para requerimento do Seguro contra acidentes de trabalho

< Parte II >

Sumário dos benefícios de Seguro de acidente de trabalho Conteúdo dos benefícios de cada seguro

O seguro contra acidentes de trabalho ("Rodosha Saigai Hoshō Hoken", que abaixo passamos a mencionar de "rosai hoken" ou "rosai") é aplicado também aos estrangeiros que trabalham no Japão sem distinção de nacionalidade. Tanto a pessoa que estuda no Japão que sofreu um acidente no trabalho ocasional como a pessoa que possui o "status" de permanência (visto) que admita o trabalho classificam-se também, como beneficiários do rosai. Esta guia explica de forma compreensível os tipos e as descrições dos benefícios concedidos pelo rosai que podem ser solicitados pelos trabalhadores estrangeiros. Maiores informações sobre os requisitos dos benefícios e outros detalhes, solicite à Delegacia de Normas Trabalhistas (Rodo Kijun Kantoku-sho). Atenção! Alguns benefícios não podem ser concedidos se regressar ao seu país de origem.

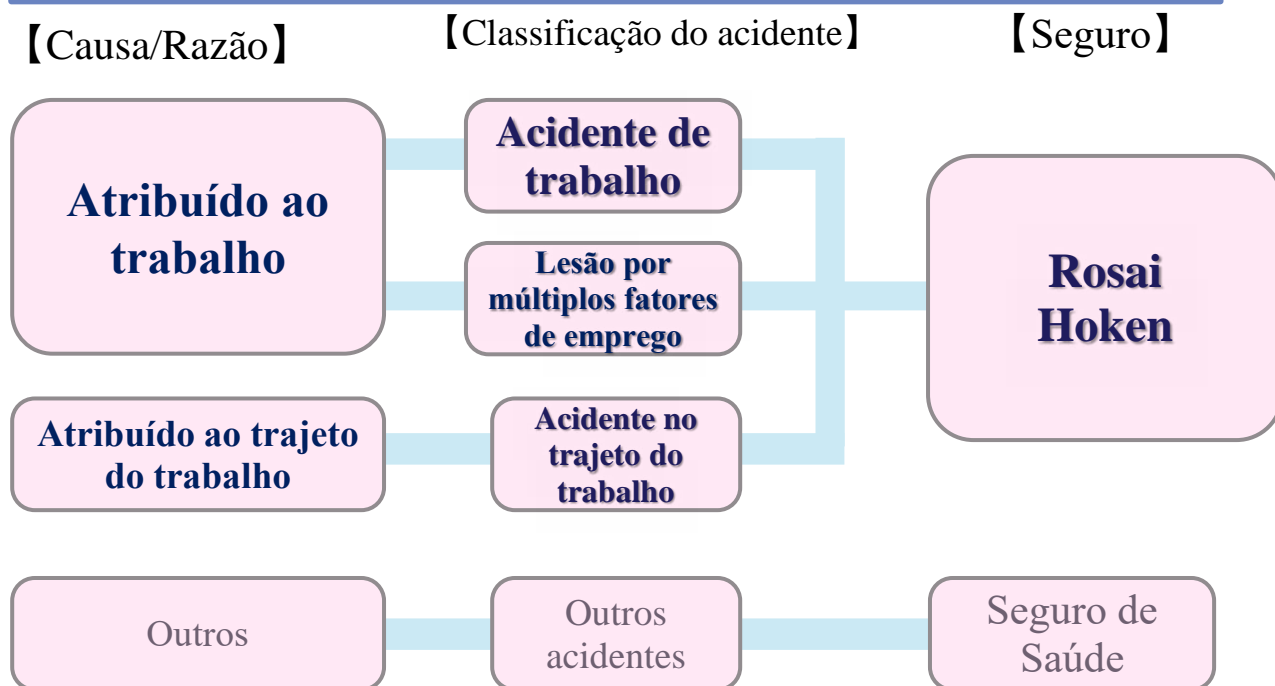
[Índice]

Esboço dos benefícios de seguro de acidente de trabalho	•••••	P 2
Benefício (compensação) de tratamento médico e outros similares	•••••	P14
Benefício (compensação) por afastamento de trabalho e outros similares	•	P16
Pensão (compensação) por doença-acidentária e outros similares	•••••	P17
Benefício (compensação) por invalidez e outros similares	•••••	P18
Benefício (compensação) por morte, Despesas de funeral etc. (Benefícios de despesas funerárias)	•••••	P26
Benefício (compensação) de assistência de terceiros etc.	•••••	P33
Exemplos de preenchimento	•••••	P36



Esboço dos benefícios do Seguro de Indenização por Acidentes Industriais

O seguro contra acidentes de trabalho (rōsai hoken) é um seguro cujo sistema de subsídio é concedido ao trabalhador quando a causa da doença adquirida ou lesão sofrida foi o trabalho ou o trajeto do trabalho, cobrindo assim os benefícios necessários, como por exemplo os gastos de tratamento médico, entre outros. E desde que trabalhem no Japão, este seguro é aplicado também aos estrangeiros.



*No caso de acidente de trabalho, o seguro de saúde não pode ser utilizado

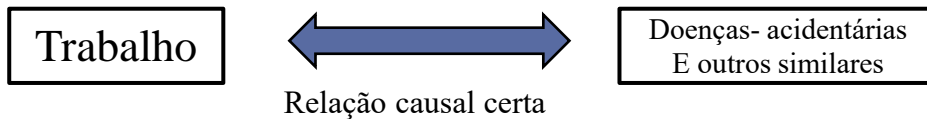
Tipos de subsídios do Seguro contra acidentes de trabalho (rōsai hoken)

- ◆ Benefício (compensação) de tratamento médico e outros similares : Benefício de tratamento medico para lesões e doenças ao trabalho e ao trajeto de trabalho
- ◆ Benefício (compensação) por afastamento de trabalho e outros similares : Benefício para o caso se afaste do trabalho para tratamento medico para lesões e doenças ao trabalho e ao trajeto de trabalho e não receba salário
- ◆ Pensão (compensação) por doença-acidentário e outros similares : Benefício no caso de não houver recuperação (estabilização dos sintomas) transcorridos um ano e seis meses depois início do tratamento, e no caso de que o grau de invalidez decorrente de ão ou doença provocada durante o trabalho ou no trajeto do trabalho se enquadre na tabela de classificação de doenças/lesões
- ◆ Benefício (compensação) por invalidez e outros similares : Benefício, na recuperação (estabilização dos sintomas) de alguma doença ou lesão provocada durante o trabalho ou no trajeto do trabalho, caso fique com uma deficiência física e enquadre no grau de invalidez
- ◆ Família sobrevivente (Compensação) e outros similares Benefícios: quando um trabalhador morre devido ao trabalho ou ao deslocamento, a família enlutada é elegível para receber estes benefícios.
- ◆ Funeral Gastos e outros similares (Benefícios de rituais funerários): Benefício para realizar o funeral quando trabalhador faleceu.
- ◆ Cuidados de enfermagem (compensação) e outros similares Benefícios: Os benefícios cobrem as despesas de cuidados de enfermagem para estes beneficiários de Deficiência (Compensação) e outros similares. Pensão ou lesão e doença (indenização) e outros similares. Pensão com deficiência física.

【 Definição do termo ① 】

Acidente de trabalho

Acidente de trabalho é aquele que provoca doença-acidentária (lesão, doença, invalidez e morte e outros similares) ao trabalhador devido ao trabalho.



- Se tiver a certa relação causal entre o trabalho e doenças-acidentárias e outros similares, isto se chama "por causa de trabalho".
- A princípio, empregadores e diretores que não sejam tranalhadores, não cerebem a compensação.

◇ Lesão por causa do trabalho

Acidente de trabalho reconhecido pode ser em três casos seguintes:

<1> Caso em que trabalha nas instalações no local de trabalho

Um acidente será reconhecido como acidente de trabalho, exceto alguns casos especiais, quando trabalhar nas instalações (escritório, fábrica) no local de trabalho nas horas fixadas de trabalho ou nas horas extra.

*Os casos seguintes não são reconhecidos como acidente de trabalho:

1. Quando o trabalhador sofrer um acidente devido ao ato pessoal durante o trabalho.
2. Quando otrabalhador,intencionalmente,provocar o acidente.
3. Quando o trabalhador sofrer uma agressão de terceiros devido a ressentimentos pessoais.

<2> Caso em que não trabalha nas instalações no local de trabalho

Um acidente devido ao ato pessoal não é reconhecido como acidente de trabalho, quando não trabalhar na hora de descanso ou antes ou depois das horas de trabalho. Mas um acidente devido ao estado das instalações ou administração do local de trabalho é o acidente de trabalho. Também um acidente que acontece no ato fisiológico como ato para banheiro.

<3> Caso em que trabalha fora das instalações no local de trabalho

Um acidente é reconhecido como acidente de trabalho, exceto casos especiais como ato pessoal positivo, quando estiver na viagem de serviço ou no ato de negócio.

◇ Doenças por causa do trabalho

Quando satisfazer os três requisitos seguintes, a princípio, a doença será reconhecida como doença por causa do trabalho.

<1>Existir agentes nocivos no local do trabalho

Caso o trabalho contenha fator físico nocivo, matéria química ou trabalho demasiado pesado fisicamente e outros similares. Ex. o asbesto

<2>Ter sido exposto ao fator nocivo que possa provocar o problema de saúde

<3>Ser razoável o andamento do desenvolvimento da doença e o seu estado no ponto de vista médica

A doença por causa do trabalho se desenvolve como efeito do contato pelo trabalhador com o fator nocivo que fique no trabalho. Com que então, a doença deve desenvolver-se depois de ter sido exposto ao fator nocivo. O momento do desenvolvimento é variado segundo a natureza do fator nocivo ou condições de contato.

Lesão por múltiplos fatores de emprego

Lesão por múltiplos fatores de emprego é a lesão ou doença considerada como sendo causada pelo emprego em múltiplas empresas por múltiplos trabalhadores da empresa. Os ferimentos e doenças e outros similares em questão incluem doenças cerebrais ou cardíacas e distúrbios mentais.

◇ Trabalhador de múltiplos negócios

Um trabalhador de múltiplos negócios é um trabalhador que é usado simultaneamente em múltiplos locais de trabalho que não são do mesmo empregador quando ocorre o ferimento ou doença e outros similares.

* Um único trabalhador da empresa: um trabalhador que é usado em apenas um local de trabalho

◇ Certificação de lesões por fator de emprego múltiplo

A carga de trabalho (horas de trabalho e estresse e outros similares) dos múltiplos locais de trabalho é avaliada de forma compreensiva, e se ela pode ser reconhecida como um acidente industrial. Há também casos em que o ônus do trabalho é julgado como sendo de apenas um local de trabalho e reconhecido como sendo causado por esse trabalho para um trabalhador de múltiplas empresas, que será reconhecido como um acidente industrial como nos casos regulares.

→P10,11

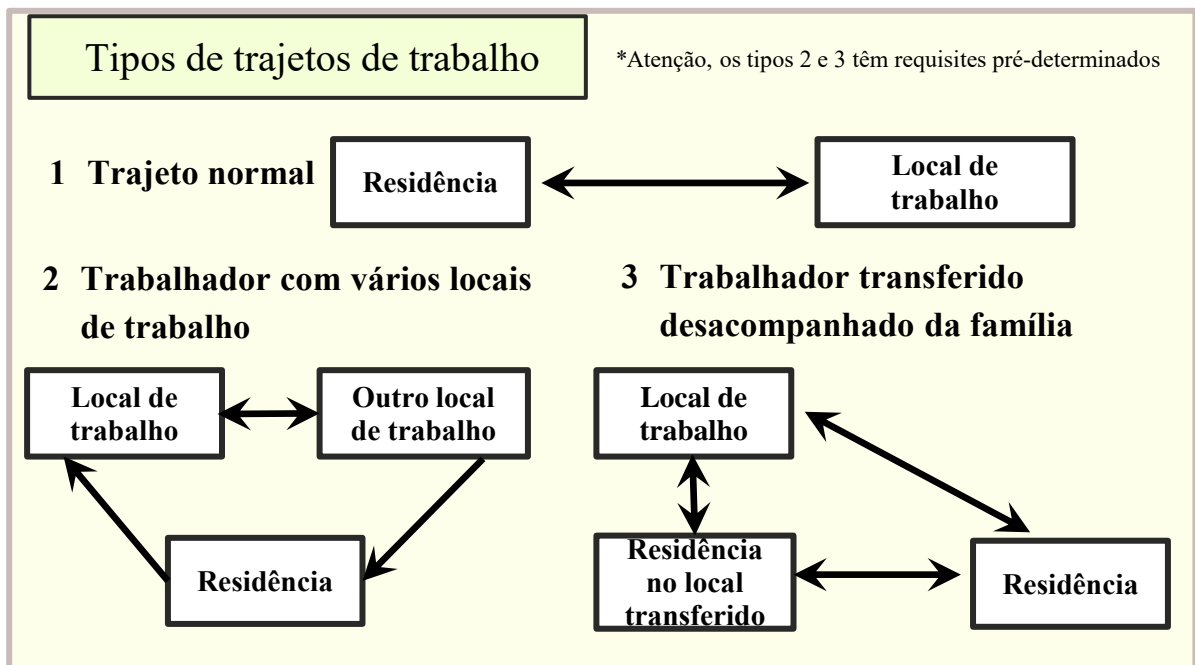
Acidente no trajeto do trabalho

Acidente no trajeto de trabalho é aquele que provoca doença/lesão ao trabalhador decorrente do trajeto de trabalho.

◇Trajeto de trabalho

É a rota e o método racional de locomoção 1) até 3) que o trabalhador utiliza para ir ao trabalho.

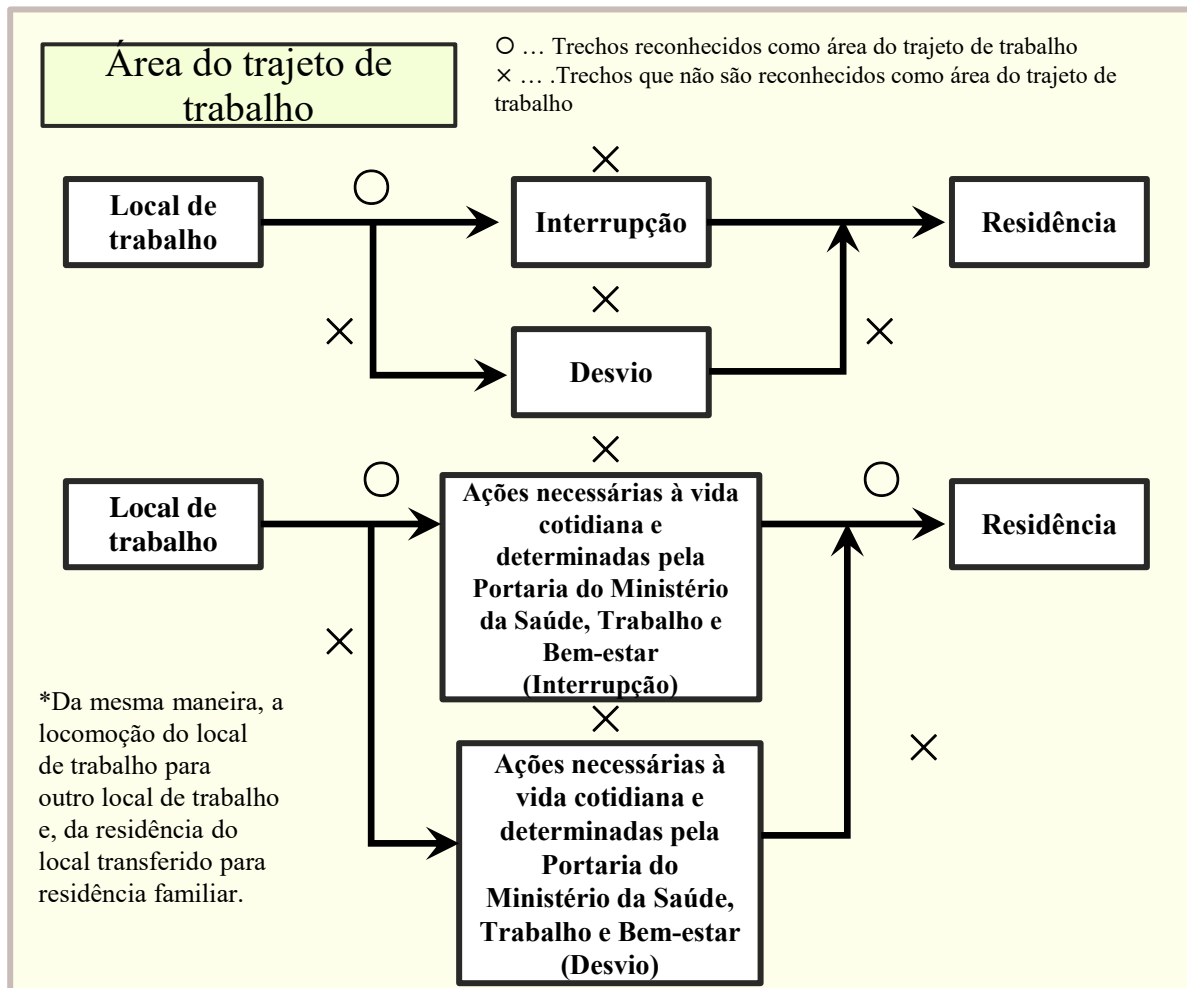
- 1) Trajeto de ida-volta entre a residência do trabalhador e o local de trabalho (o local onde começa e termina o trabalho)
- 2) Locomoção de um local de trabalho até o outro local de trabalho, estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde, Trabalho e Bemestar (a locomoção dos trabalhadores que possuem diversos trabalhos)
- 3) Locomoção entre a residência do local transferido, desacompanhado de sua família, e a residência familiar



◇ Área do trajeto de trabalho

Caso o trabalhador efetue um desvio na rota de locomoção, ou interrompa a locomoção, o trecho do desvio ou da interrupção, e a locomoção posterior não são considerados trajeto de trabalho.

Mas caso o trabalhador compre os artigos do uso diário ou faça outras ações equivalentes dentro de um limite mínimo, será novamente considerado trajeto de trabalho a partir de voltar à rota racional.



◇ **Valor Diário Básico do Benefício**

Via de regra, o valor diário básico do benefício é um valor que corresponde média salarial (Art. 12 da Lei Trabalhista).

O salário médio é, via de regra, o valor obtido da soma dos três últimos salários pagos ao trabalhador que antecedem o dia* do evento dividido pelo total de dias deste período (dias civis incluindo as folgas e outros similares) O salário, que é a base de cálculo do salário médio, é toda a consideração paga pelo empregador para retribuir o trabalho do trabalhador, independentemente de sua denominação.

Entretanto, o adicional de casamento e outros salários pagos ocasionalmente, os salários pagos a cada temporada que excedem a três meses de salário, como as bonificações pagas duas vezes ao ano, e outros não são incluídos neste cálculo.

Em princípio, o valor do pagamento de benefícios básicos diários para trabalhadores com múltiplos empregos é igual ao total dos benefícios básicos diários dos múltiplos locais de trabalho

* Dia do acidente que provocou a morte ou lesão, ou o dia definido como o dia que contraiu a doença conforme o atestado médico mas, quando o dia do fechamento da folha de pagamento esteja estabelecido, o dia do fechamento da folha imediatamente anterior ao evento que gerou este cálculo.

【Exceções】

1) Nos casos seguintes em que o valor equivalente do salário médio não é reconhecido como pertinente ao valor diário básico do benefício, foi estabelecido casos especiais no método de cálculo do valor diário básico do benefício.

- (a) Se houver um período de afastamento para tratamento de lesão e/ou doença adquirida fora do trabalho durante o prazo de cálculo do salário médio
- (b) Se o paciente de pneumoconiose trocar o serviço com poeira por outro serviço e outros casos
- (c) Outros

2) Sobre o valor diário básico do benefício relacionado ao benefício (compensação) por afastamento de trabalho e outros similares, caso transcorra um ano e seis meses do início do tratamento, será aplicado o valor mínimo e o valor máximo conforme a faixa de idade. Sobre o benefício da pensão, será aplicado o valor mínimo e valor máximo conforme a faixa de idade, a partir do primeiro mês que será concedida a pensão.

Exemplos de cálculo do valor diário básico do benefício

(Exemplo 1)

Caso receba mensalmente o salário de 200 mil ienes, com o fechamento da folha de pagamento no final do mês e o acidente tenha ocorrido em outubro.

$200.000 \times 3 \text{ meses} \div 92 \text{ dias (julho (31 dias) + agosto (31 dias) + setembro (30 dias))} \doteq 6.522 \text{ ienes}$
 $6.522 \text{ ienes} \times 80\% \doteq 5.217 \text{ ienes}$

(Exemplo 2)

O trabalhador empregado por duas empresas recebe salário de 200.000 ienes da Empresa A e 100.000 ienes da Empresa B por mês, com final de mês quando o cálculo do salário é encerrado. O acidente ocorre em julho.

Empresa A valor básico de benefícios diários

$(200.000 \text{ ienes}) \times 3 \text{ meses} \div 91 \text{ dias [Abril (30 dias) + Maio (31 dias) + Junho (30 dias)]} = 6.593,40 \text{ ienes}$

Empresa B valor básico de benefícios diários

$(100.000 \text{ ienes}) \times 3 \text{ meses} \div 91 \text{ dias [Abril (30 dias) + Maio (31 dias) + Junho (30 dias)]} = 3.296,70 \text{ ienes}$

Valor total dos benefícios básicos diários

$6.593,40 \text{ ienes} + 3.296,70 \text{ ienes} \doteq 9.891 \text{ ienes}$

→ No "salário" acima, não estão incluídos os salários pagos ocasionalmente e os salários pagos com intervalos superiores a três meses. Entretanto, para determinar o valor da pensão especial por morte, "os salários pagos com intervalos superiores a três meses serão considerados no "valor diário básico computado".

◇ Valor Diário Básico Computado

A princípio, o valor diário básico computado é o valor total dos salários especiais pagos pelo empregador durante o ano anterior ao dia do acidente, durante o trabalho ou no trajeto do trabalho, que provocou a lesão ou morte, ou ao dia que contraiu a doença conforme o atestado médico, dividido por 365.

Neste caso, nos salários especiais são incluídos os salários pagos com intervalos superiores a três meses, inclusive as bonificações que são excluídas do cálculo básico do valor diário básico do benefício. (Mesmo sendo excluídos do cálculo básico, os salários pagos ocasionalmente como o adicional de casamento não são incluídos.)

Caso o total dos salários especiais exceda o valor anual do benefício básico concedido (valor que corresponde a 365 vezes o valor diário básico do benefício) em 20%, o valor anual básico computado será correspondente a 20% do valor anual do benefício básico. (O valor máximo será de 1,5 milhão de ienes.)

Em princípio, o valor do pagamento de benefícios básicos diários para trabalhadores com múltiplos empregos é igual ao total dos benefícios básicos anuais dos múltiplos locais de trabalho divididos por 365.

Doenças neurológicas e cardíacas

"Doenças cerebrovasculares" como o infarto cerebral e "Doenças cardíacas isquêmicas" como o infarto do miocárdio costumam se manifestar devido a uma piora gradual das patologias vasculares que são a base para tais manifestações, em virtude de diversos fatores da vida cotidiana, sobretudo envelhecimento, estilo de vida, ambiente de vida e outros similares, ou devido a fatores genéticos inerentes à pessoa; no entanto, há casos em que eles podem se manifestar devido ao trabalho.

Caso a doença neurológica e/ou cardíaca se desenvolva pelo "excesso evidente de trabalho", será alvo de compensação por acidente de trabalho.

<Doenças alvo>

○ Doenças cerebrovasculares

- Hemorragia intracerebral (Hemorragia cerebral)
- Hemorragia subaracnóidea
- Infarto cerebral
- Encefalopatia hipertensiva

○ Doenças cardíacas isquêmicas e outros similares

- Infarto do miocárdio
- Angina de peito
- Parada cardíaca (inclui morte súbita cardíaca)
- Insuficiência cardíaca grave
- Dissecção aórtica

[Requisitos para Reconhecimento de Acidente de Trabalho (Rosai)]

Satisfazendo algum dos seguintes requisitos, será reconhecido como acidente de trabalho.

1. Trabalho excessivamente pesado por um longo período

Por um longo período antes da manifestação da doença, ter trabalhado em serviço excessivamente pesado que tenha provocado um acúmulo significativo de estresse.

Se for reconhecido qualquer um dos seguintes casos, é possível avaliar que há uma forte relação entre o trabalho e a manifestação da doença: ① De modo geral, as horas de trabalho fora do horário de expediente ultrapassaram 100 horas por mês antes da manifestação da doença, ② de modo geral, a média mensal de horas de trabalho fora do horário de expediente durante o período de 2 a 6 meses antes da manifestação da doença ultrapassou 80 horas, ou então, ③ não chegaram às condições ① ou ② citadas acima, entretanto, além de uma carga horária fora do horário de expediente próxima às citadas acima, são reconhecidos fatores onerosos (*) além de uma determinada carga horária de trabalho.

2. Trabalho excessivamente pesado por um curto período

Ter trabalhado em serviço excessivamente pesado num período iminente à manifestação da doença

(1) Caso em que o trabalho um pouco antes da manifestação da doença até o dia anterior foi excessivamente pesado e (2) Apesar de que o trabalho feito um pouco antes da manifestação da doença até o dia anterior não seja considerado excessivamente pesado, se um trabalho excessivamente pesado continuar dentro de uma semana antes da manifestação, será considerado que a doença tem relação com o trabalho.

Ainda, caso não seja possível julgar se houve ou não o ônus pelo trabalho excessivamente pesado somente pelas horas trabalhadas, o julgamento será realizado considerando de forma geral as horas trabalhadas e os fatores onerosos (*) além das horas trabalhadas.

3. Fato anormal

Deparar-se com fatos anormais durante o período imediatamente antes até um dia antes da manifestação da doença, e que tornem claras as circunstâncias da sua ocorrência, em termos de hora e local.

Pressupõe-se casos de situações que provoquem uma carga mental intensa como tensão, excitação, medo, espanto extremo, situações em que uma carga física repentina e significativa é imposta, ou quando se deparar com uma mudança repentina e drástica no ambiente de trabalho.

* Avaliar como fatores onerosos decorrentes do trabalho, o horário de trabalho irregular (trabalho de longa jornada, trabalho contínuo sem descanso, trabalho com intervalos curtos, trabalho irregular / trabalho por turnos / trabalho noturno), os trabalhos que envolvem deslocamento para fora da empresa (trabalho com frequentes viagens a serviço e demais trabalhos que envolvem deslocamento para fora da empresa), os trabalhos que envolvem carga mental, os trabalhos que envolvem carga física e o ambiente de trabalho (temperatura, ruídos do ambiente).

【 Requisitos para reconhecimento segundo as doenças ② 】

Transtornos psicológicos

É considerado que a relação de uma forte carga emocional (estresse) externa com a capacidade de corresponder a esta carga de cada pessoa provoque o desenvolvimento do transtorno psicológico. Caso o desenvolvimento do transtorno psicológico tenha sido decorrente de uma forte carga emocional* do trabalho, é alvo de compensação de acidente de trabalho.

*Uma forte carga emocional do trabalho significa a forte carga emocional que possa objetivamente desenvolver o transtorno correspondente.

[Requisitos para Reconhecimento de Acidente de Trabalho (Rosai)]

Satisfazendo todos os requisitos seguintes, será reconhecido como acidente de trabalho.

1. Ter desenvolvido o transtorno psicológico que é alvo do critério de reconhecimento

Deve ser o transtorno psicológico classificado no Capítulo V “Perturbações mentais e de comportamento” na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relativos à Saúde-Décima Revisão (ICD-10). (O transtorno psicológico por demência ou ferimento externo da cabeça e outros similares não é incluído).

(Ex.) depressão, estresse agudo e outros similares.

2. Ser reconhecida a forte carga emocional no trabalho no intervalo de seis meses anteriores ao desenvolvimento do transtorno psicológico sujeito a padrão do reconhecimento

(Ex.)

- Caso tenha experimentado um acidente a ponto de pressentir a própria morte
- Caso o superior ou outros tenham realizado insistentes ataques psicológicos, como a negação da personalidade ou humanidade, claramente desnecessários no âmbito do trabalho.
- Caso haja trabalho com longa carga horária.

* Sobre fatos repetitivos como bullying ou agressão, caso tenham se iniciado mais de 6 meses antes da manifestação da doença e continuado até a manifestação desta, é avaliada a carga emocional desde o início de tais fatos repetitivos.

3. Não serem reconhecidos fatores pessoais e outra carga emocional externa ao trabalho como a causa do desenvolvimento do transtorno psicológico

Será avaliado cuidadosamente se é possível afirmar que algum acontecimento pessoal (divórcio, separação do cônjuge, morte do cônjuge, filhos, pais, irmãos e outros similares) não é a causa da manifestação da doença.

Será confirmada a existência ou não de fatores individuais e o seu conteúdo, como a anamnese do transtorno psicológico e o alcoolismo, e caso haja fatores individuais, serão avaliados cuidadosamente se é possível afirmar que estas são as causas da manifestação da doença.

Problema dos membros superiores

Se usar braços ou mãos excessivamente, poderão inflamar-se de pescoço a ombros, braços, mãos até dedos ou ficar anormal nas articulações e tendões. Problema dos membros superiores significa o estado desta inflamação e anormalidade.

<Sintomas diagnósticos típicos>

- Epicondilite de cotovelo lateral/medial
- Síndrome do túnel cubital
- Síndrome do músculo supinador/pronador
- Inflamação das articulações do mão
- Inflamação da tenossinovite
- Síndrome do túnel carpal
- Câibra dos escrivães

[Requisitos para Reconhecimento de Acidente de Trabalho (Rosai)]

Satisfazendo todos os requisitos seguintes, será reconhecido como acidente de trabalho.

1. Ter desenvolvido o problema depois de trabalhar no serviço que, principalmente, pudesse carregar o corpo como membros superiores* no prazo considerável (o princípio, aproximadamente, mais de seis meses)

Principalmente os seguintes trabalhos serão aplicados aos requisitos:

- 1) Trabalho que tenha o muitos movimentos repetitivos dos membros superiores
- 2) Trabalho que continue a levantar os braços
- 3) Trabalho em que a posição do corpo seja restringida faltando o movimento da cerviz e ombros
- 4) Trabalho que carregue as partes específicas como membros superiores

*Membros superiores incluem região occipital, cerviz, o redor da omoplata, braços, antebraços, mãos e dedos.

2. Ter trabalhado no serviço excessivamente pesado um pouco antes de desenvolvimento do problema

Caso que trabalhava no serviço que pudesse carregar o corpo como membros superiores durante três meses mesmo antes de desenvolvimento do problema com a situações seguintes:

- Caso de quantidade de trabalho quase igual

Continuavam cerca de três meses em que aumentou mais de 10% de trabalho do que o mesmo trabalho feito por trabalhadores de mesmo sexo e quase mesmo idade

- Caso da quantidade de trabalho desigual

1) Continuavam três meses em que teve aproximadamente 10 dias por mês em que aumentou mais de 20% de trabalho diário do que o trabalho ordinário. (Apesar de que a quantidade total de trabalho mensal seja mesma que o caso do trabalho ordinário, é considerado o estado como 1).

2) Continuavam cerca de três meses em que teve aproximadamente 10 dias por mês em que aumentou mais de 20% de trabalho em cerca de um terço das horas de trabalho diário do que o trabalho ordinário. (Apesar de que a quantidade média de trabalho diário seja mesma que o caso do trabalho ordinário, é considerado o estado como 2).

*Para decidir que se o trabalho foi excessivamente pesado ou não, as situações seguintes serão consideradas junto com a quantidade do trabalho:

- Longas horas de trabalho, trabalho sem parar
- Tensão demasiada
- Andamento compulsivo e excessivo do trabalho
- Ambiente do trabalho Inadequado
- Excessiva carga do peso, mostra da força

3. Ser reconhecido como medicamento razoável o trabalho excessivamente pesado e o andamento para o desenvolvimento do problema

Lumbago

O lumbago que é objeto de compensação de acidente de trabalho tem dois tipos seguintes. Para os dois é reconhecida a necessidade de tratamento medical e cada um tem os se us próprios requisitos para reconhecimento do acidente de trabalho.

[Requisitos para Reconhecimento de Acidente de Trabalho (Rosai)]

1. Lumbago por causa accidental

Lumbago por ferimentos que satisfaz os requisitos seguintes 1) e 2):

- 1) Ser evidentemente reconhecido que o ferimento do lumbago ou o efeito da força súbita para a causa do ferimento ocorreu por fato repentino no trabalho
- 2) Ser medicamente reconhecido que a força dada para a cintura desenvolveu o lumbago ou agravou significativamente o lumbago pré-existente e a sua doença básica

2. Lumbago por causa não-acidental

Lumbago que se desenvolveu a os trabalhadores no serviço excessivamente pesado a sua cintura como o trabalho do tratamento de carga pesada e ser reconhecido que o lumbago se desenvolveu por trabalho no ponto de vista do estado e prazo do trabalho Lumbago por causa não-acidental é classificado em dois tipos seguintes segundo a causa do desenvolvimento para decidir o reconhecimento.

◇ Lumbago por fadiga muscular

Lumbago por fadiga muscular devido aos trabalhos seguintes no prazo relativamente curto (aproximadamente mais de três meses) é objeto de compensação de acidente de trabalho:

- Trabalho de tratar carga aproximadamente mais de 20kg de peso ou carga de diversos pesos repetidamente na posição do corpo curvado
- Trabalho em que mantenha a posição do corpo extremamente incômoda para a cintura por algumas horas diárias
- Trabalho em que deva manter a posição do corpo idêntica sem pôr-se de pé por muito tempo
- Trabalho sucessivo em que a cintura receba a vibração extraordinariamente forte

◇ Lumbago por transformação de ossos

Lumbago por transformação de ossos devido aos sucessivos trabalhos seguintes no prazo considerável (aproximadamente mais de dez anos) é objeto de compensação de acidente de trabalho:

- Trabalho de tratar carga aproximadamente mais de 30kg de peso em mais de um terço das horas de trabalho
- Trabalho de tratar carga aproximadamente mais de 20kg de peso em mais da metade das horas de trabalho

*Lumbago por transformação de ossos como objeto de compensação de acidente de trabalho é limitado ao "caso de que a transformação evidentemente exceda ao nível da transformação normal devido a idade".

Benefícios (Compensação) de tratamento médico e outros similares

Havendo necessidade de tratamento médico de alguma doença ou lesão provocada durante o trabalho ou no seu trajeto, será concedido o benefício compensatório de tratamento médico (em caso de acidente de trabalho), Benefícios médicos para trabalhadores de múltiplas empresas (para lesões por múltiplos fatores de emprego) ou o benefício de tratamento médico (em caso de acidente no trajeto de trabalho) até a "cura"* da doença ou lesão.

Descrição dos benefícios

Dentro do benefício (compensação) de tratamento médico e outros similares, temos o benefício de "tratamento médico" e o "ressarcimento das despesas de tratamento médico".

- O "benefício de tratamento médico" é um benefício onde o acidentado poderá receber gratuitamente o tratamento médico, incluindo medicamentos, num hospital do rosai ou outro hospital e farmácia credenciados (abaixo denominado, "hospital credenciado".) e outros similares.

- O "ressarcimento das despesas de tratamento médico" e outros similares é um benefício monetário que paga as despesas de tratamento médico, quando atendido num hospital e farmácia não-credenciados e outros similares pelo rosai, por não haver um hospital credenciado próximo.

O âmbito e o prazo do tratamento objeto do tratamento médico nos dois casos são os mesmos. O benefício (compensação) de tratamento médico e outros similares é concedido até a cura (estabilização dos sintomas) incluindo as despesas de tratamento médico, internação, locomoção e outros itens necessários a um tratamento normal.

◇ O que significa "cura"

A cura não significa a cura completa dos órgãos e da estrutura física mas, significa a estabilidade dos sintomas da doença/lesão, ou seja, que os sintomas não responderão mais às expectativas de tratamento (*2) através da medicina convencional (*1), havendo uma "estabilização dos sintomas".

Portanto, "se houver somente uma suposição de recuperação temporária dos sintomas da doença/lesão através de medicamentos e tratamento fisioterápicos" e mesmo que persistam alguns sintomas, quando não houver mais expectativas de melhora através de tratamento médico, o rosai considera "recuperado" (estabilidade dos sintomas), e interromperá o pagamento do benefício (compensação), do tratamento médico e outros similares.

(*1) "Através da medicina convencional" significa o âmbito do tratamento médico pelo rosai (basicamente, em conformidade com o seguro de saúde). Portanto, os métodos de tratamento em estágios de experiência ou processo laboratorial não estão incluídos neste tratamento.

(*2) "Os sintomas não responderão mais às expectativas de tratamento" significa que não há mais expectativas de recuperação ou melhora dos sintomas da doença/lesão.

Procedimento para requerimento

● Ao solicitar Benefícios de Tratamento Médico

Enviar um Requerimento do benefício para compensação pelo tratamento médico e do tratamento médico sujeito a benefício de tratamento medico para trabalhadores de múltiplos empreendimentos (Formulário modelo 5) ou um Formulário de Pedido de Benefícios de Tratamento Médico para Benefícios de Tratamento Médico (Formulário modelo 16-3) ao chefe do escritório de inspeção das normas trabalhistas relevantes através das instalações médicas designadas e outros similares.

● Ao solicitar despesas de tratamento

Enviar um Requerimento do ressarcimento das despesas de tratamento médico e tratamento medico sujeito a benefício de tratamento medico para trabalhadores de múltiplos empreendimentos (Formulário modelo 7) ou um Formulário de Pedido de Indenização de Despesas de Tratamento para Benefícios de Tratamento Médico (Formulário modelo 16-5) ao chefe do escritório de inspeção das normas trabalhistas relevantes. Além disso, se estiver recebendo medicamentos de uma farmácia, apresente o Formulário modelo 7 (nº 16-5-2), se estiver recebendo tratamento de uma empresa de judô, o Formulário modelo 7 (nº 16-5-3), de um acupunturista, especialista em humxa ou massagista shiatsu, o Formulário modelo 7 (nº 16-5-4) ou quando estiver recebendo enfermagem domiciliar de uma empresa de enfermagem domiciliar, o Formulário modelo 7 (16-5-5).

● Mudança de instalações médicas designadas e outros similares.

Quando um trabalhador que já está recebendo tratamento em uma instituição médica designada e outros similares muda de instituição médica designada devido ao retorno à sua cidade de origem ou outros motivos, um "Registro (de Mudança) de Instituição Médica Designada e outros similares onde os Benefícios de Tratamento Médico para Benefícios de Compensação Médica e Benefícios médicos para trabalhadores de múltiplos negócios são Recebidos" (Formulário 16) ou "Registro (de Mudança) de Instituição Médica Credenciada e outros similares onde os Benefícios de Tratamento Médico para Benefícios de Tratamento Médico são Recebidos" (Formulário 16-4) para o chefe do escritório de inspeção das normas trabalhistas relevantes através das instalações médicas credenciadas e outros similares após a mudança.

* Aqueles que recebem tratamento de instalações médicas e drogarias e outros similares que não são designados instalações médicas e outros similares, ao mudarem para uma instalação médica designada e outros similares não precisam apresentar o Formulário modelo 6 ou o Formulário modelo 16-4. Favor enviar o Formulário modelo 5 e o Formulário modelo 16-3.

Despesas de Transporte

Para custos de viagem ao hospital, a distância entre a residência ou o local de trabalho do trabalhador e a instalação médica deve, em princípio, ser de 2 km ou mais. Pelo menos um dos itens seguintes a ①②③ é exigido para ser elegível para pagamento.

① Viagem para uma instalação médica apropriada (*2) dentro do mesmo vilarejo, cidade ou vila.

② Viagem para uma instalação médica apropriada em uma vila, cidade ou vila vizinha porque nenhuma está disponível dentro da mesma vila, cidade ou vila (isto inclui situações em que mesmo que haja uma instalação médica apropriada na mesma vila, cidade ou vila, a viagem para uma instalação em uma vila, cidade ou vila vizinha é mais fácil)

③ Viajar para a instalação médica apropriada mais próxima possível em uma vila, cidade ou vila fora da mesma ou vila, cidade ou vila vizinha porque não existe tal instalação lá.

(*1) Os custos de viagem podem ser pagos em algumas circunstâncias, mesmo que a distância seja inferior a 2 km só de ida.

(*2) Facilidade médica apropriada refere-se a uma instalação médica adequada para o tratamento da lesão ou doença relevante.

Estatuto de Limitações

Como os Benefícios de Tratamento Médico são benefícios em espécie, não há problemas com o estatuto de limitações aos direitos de indenização, entretanto, se os pedidos não forem feitos dentro de 2 anos do dia em que as despesas de tratamento são pagas, os direitos de indenização caducarão devido ao estatuto de limitações.

Ausência Temporária do Trabalho (Compensação) e outros similares Benefícios

Quando um trabalhador é ferido ou fica doente como resultado de um trabalho ou de uma viagem de ida e volta e não pode trabalhar para receber tratamento médico e, portanto, não pode ganhar salário, ele pode receber o Benefício de Ausência Temporária de Trabalhadores de Empresas Múltiplas (para lesões por fator de emprego múltiplo) a partir do 4º dia de ausência do trabalho.

Descrição do benefício

Quando um trabalhador preenche as 3 condições abaixo, ele pode receber Ausência Temporária do Trabalho (Compensação) e outros similares. Benefícios e Ausência Temporária do Trabalho Subsídios Especiais a partir do 4º dia de ausência do trabalho.

- ① recebendo tratamento médico por se machucar ou ficar doente em decorrência do trabalho ou do trajeto de ida e volta,
- ② ser incapaz de trabalhar
- ③ ser incapaz de ganhar salários

No caso de um único trabalhador da empresa (um trabalhador que é utilizado em apenas um local de trabalho)

- Benefícios de Compensação de Ausência Temporária do Trabalho / Benefícios de Ausência Temporária do Trabalho = (60% do valor do pagamento de benefícios básicos diários) * N° de dias de trabalho faltantes
- Ausência temporária do trabalho Subsídios especiais= (20% do valor do pagamento de benefícios básicos diários) * N° de dias de falta ao trabalho

No caso de um trabalhador de múltiplos negócios (um trabalhador que é utilizado por vários locais de trabalho que não têm o mesmo empregador)".

- Benefícios de Compensação de Ausência Temporária do Trabalho / Benefícios de Ausência Temporária do Trabalho = (60% do valor do pagamento de benefícios diários básicos igual ao total de vários locais de trabalho) * N° de dias de trabalho faltantes
- Ausência temporária de trabalho Subsídios especiais= (20% do valor do pagamento de benefícios diários básicos igual ao total de vários locais de trabalho) * N° de dias de trabalho faltantes

Os primeiros 3 dias de falta de trabalho são chamados de período de espera e, de acordo com a Lei de Normas Trabalhistas, para os acidentes de trabalho, durante este tempo o empregador deve fornecer a Compensação de Ausência Temporária do Trabalho (60% do salário médio por dia). Entretanto, no caso de lesões por fator de trabalho múltiplo e lesões no transporte de ida e volta, não há estipulações por lei quanto à responsabilidade pela indenização por parte do empregador.

Além disso, por exemplo, se o trabalhador perder apenas uma parte de seu horário de trabalho programado para visitas hospitalares, ele pode receber 60% do valor do pagamento dos benefícios diários básicos para os salários do tempo perdido.

Procedimento para requerimento

Submeter um Formulário de Pedido de Benefício por Ausência Temporária de Trabalhadores de Empresas Múltiplas (Formulário modelo 8) ou um Formulário de Pedido de Indenização por Ausência Temporária de Trabalhadores de Empresas Múltiplas (Formulário modelo 16-6) ao chefe do escritório de inspeção das normas trabalhistas relevantes.

Prazo de prescrição dos requerimentos

Atenção! Transcorridos dois anos a partir do dia seguinte ao dia que não recebeu o salário pela incapacidade de trabalhar para receber tratamento médico de uma doença/lesão, o direito de requerimento se extingue por prescrição.

Pensão (compensação) e outros similares por doença-acidentária

Enquadrando-se nos requisitos a seguir, do dia que transcorrer um ano e seis meses (ou depois desta data) do início do tratamento da lesão ou doença decorrente de trabalho ou durante o trajeto do trabalho, poderá receber a pensão compensatória por doença-acidentária (em caso de acidente de trabalho), Previdência para múltiplos trabalhadores de empresas para lesões e doenças (para lesões por múltiplos fatores de emprego) ou a pensão por doença-acidentária (em caso de acidente no trajeto do trabalho).

- 1) Não houver recuperação da lesão ou da doença.
- 2) O grau de invalidez decorrente de lesão ou doença se enquadrar na tabela de classificação de doenças/lesões

Descrição dos benefícios

A pensão (compensação) por doença-acidentária e outros similares, o pagamento especial por doença-acidentária e a pensão especial por doença-acidentária serão concedidas de acordo com o grau da doença/lesão.

Grau da doença/lesão	Pensão (Compensação) por doença-acidentária e outros similares	Pagamento especial por doença-acidentária (pagamento único)	Pensão especial por doença-acidentária
1	Equivalente a 313 dias do valor diário básico do benefício	1,14 milhões	Equivalente a 313 dias do valor diário básico computado
2	Equivalente a 277 dias, idem	1,07 milhões	Equivalente a 277 dias, idem
3	Equivalente a 245 dias, idem	1 milhão	Equivalente a 245 dias, idem

Meses de pagamento da pensão

A pensão (compensação) por doença-acidentária e outros similares será concedida a partir do mês seguinte ao mês que se enquadrar nos requisitos (1) e (2) acima. E paga em seis parcelas anuais, nos meses de fevereiro, abril, junho, agosto, outubro e dezembro, e cada parcela corresponderá a dois meses anteriores.

*As pessoas que estejam recebendo assistência de terceiros e estejam com o primeiro ou segundo grau de doença/lesão nos órgãos torácico-abdominal, no sistema nervoso e mental, poderão receber o benefício (compensação) de assistência de terceiros e outros similares (Veja P33)

Procedimento para requerimento

A aprovação ou não da concessão da pensão (compensação) por doença-acidentária e outros similares, é realizada sob a autoridade do delegado da Delegacia do Trabalho da jurisdição local e mesmo não havendo a necessidade de tramitar o requerimento, quando a doença ou lesão persistam mesmo depois de transcorrer um ano e seis meses do início do tratamento, dentro do prazo de um mês, deverá entregar ao delegado da Delegacia do Trabalho da jurisdição local, a "notificação sobre as condições da doença/lesão" (Formulário modelo 16-2).

Pensão (compensação) Invalidez e outros similares

Ao se recuperar de alguma doença ou lesão decorrente do trabalho ou no trajeto do trabalho, caso fique com alguma seqüela física, será concedido o benefício compensatório por invalidez (em caso de acidente de trabalho), Benefícios de Deficiência de Múltiplos Trabalhadores Empresariais (para lesões por múltiplos fatores de emprego) ou o benefício por invalidez (no caso de acidente no trajeto do trabalho).

Descrição dos benefícios

Quando a seqüela se enquadrar no quadro de invalidez, serão concedidos os seguintes benefícios, de acordo com o grau de invalidez.

- Enquadrando-se no 1º até o 7º grau de invalidez
Pensão (compensação) por invalidez e outros similares, pagamento especial por invalidez, pensão especial por invalidez
- Enquadrando-se no 8º até 14º grau de invalidez
Pagamento único (compensação) por invalidez e outros similares, pagamento especial por invalidez, pagamento único especial por invalidez

Grau de invalidez	Benefício (Compensação) por invalidez etc.		Pagamento especial por invalidez (*) (emienes)		Pensão especial por invalidez		Pagamento único especial por invalidez	
	Pensão	Equivalente a 313 dias do valor diário básico benefício	Pag.Úni.		Pensão	Equivalente a 313 dias do valor diário básico computado		
Classe 1	Pensão			3.420.000 yen	Pensão			
Classe 2	"	277 "	"	3.200.000 yen	"	277 "		
Classe 3	"	245 "	"	3.000.000 yen	"	245 "		
Classe 4	"	213 "	"	2.640.000 yen	"	213 "		
Classe 5	"	184 "	"	2.250.000 yen	"	184 "		
Classe 6	"	156 "	"	1.920.000 yen	"	156 "		
Classe 7	"	131 "	"	1.590.000 yen	"	131 "		
Classe 8	Pag.Ún.	503 "	"	650.000 yen			Pag.Ún.	Equivalente a 503 dias do valor diário básico computado
Classe 9	"	391 "	"	500.000 yen			"	391 "
Classe 10	"	302 "	"	390.000 yen			"	302 "
Classe 11	"	223 "	"	290.000 yon			"	223 "
Classe 12	"	156 "	"	200.000 yen			"	156 "
Classe 13	"	101 "	"	140.000 yen			"	101 "
Classe 14	"	56 "	"	80.000 yen			"	56 "

*Caso tenha recebido o pagamento especial por doença-acidentário decorrente do mesmo acidente, será descontado este valor.

* As pessoas que estejam recebendo assistência de terceiros e estejam com o primeiro ou segundo grau de deficiência nos órgãos torácico-abdominal, no sistema nervoso e mental, poderão receber o benefício (compensação) de assistência de terceiros e outros similares (P33)

Procedimento para requerimento

Apresente o requerimento da concessão do benefício compensatório por invalidez/ Benefícios de Deficiência de Múltiplos Trabalhadores Empresariais (Formulário modelo 10) ou requerimento da concessão do benefício por invalidez (Formulário modelo 16-7) ao delegado da Delegacia do Trabalho da jurisdição local.

Prazo de prescrição dos requerimentos

Atenção! Transcorridos cinco anos a partir do dia seguinte ao dia que curou a doença/lesão, o direito de requerimento do benefício (compensação) por invalidez e outros similares se extingue por prescrição.

Tabela dos Graus de Invalidez

Regulamento implantado pela Lei de Seguro de Compensação de Acidente dos Trabalhadores Tabela 1 – Tabela dos graus de invalidez

Grau de invalidez	Descrição do benefício	Deficiência física	Grau de invalidez	Descrição do benefício	Deficiência física
1º	Equivalente a 313 dias do valor diário básico do benefício por ano enquanto persistir a incapacitação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pessoas que perderam a visão de ambos os lados 2. Pessoas que perderam a função de mastigação e fala 3. Pessoas que ficaram com sequelas significativas nas funções do sistema nervoso e mental e necessitam de assistência permanente de terceiros 4. Pessoas que ficaram com sequelas significativas nas funções dos órgãos torácico-abdominal e necessitam de assistência permanente de terceiros 5. Excluído 6. Pessoas que perderam os braços, acima das articulações do cotovelo 7. Pessoas que perderam completamente o movimento dos dois braços 8. Pessoas que perderam as pernas, acima das articulações do joelho 9. Pessoas que perderam completamente o movimento das duas pernas 	4º	Idem, equivalente a 213 dias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pessoas que tiveram a acuidade visual de ambos os lados reduzida a menos de 0,06 2. Pessoas que ficaram com sequelas significativas na função de mastigação e fala 3. Pessoas que perderam completamente a audição dos dois ouvidos 4. Pessoas que perderam um dos braços, acima da articulação do cotovelo 5. Pessoas que perderam uma das pernas, acima da articulação do joelho 6. Pessoas que perderam o movimento de todos os dedos das duas mãos 7. Pessoas que perderam os dois pés, acima da articulação de Lisfrano
			5º	Idem, equivalente a 184 dias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pessoas que perderam um lado da visão e o outro lado foi reduzido a um acuidade inferior a 0,01 1.2 Pessoas que ficaram com sequelas significativas nas funções do sistema nervoso e mental e excluindo os trabalhos leves e fáceis, não têm condições de exercer qualquer outra atividade profissional 1.3 Pessoas que ficaram com sequelas significativas nas funções dos órgãos torácico-abdominal e excluindo os trabalhos leves e fáceis, não têm condições de exercer qualquer outra atividade profissional 2. Pessoas que perderam um braço, acima da articulação do punho 3. Pessoas que perderam uma perna, acima da articulação do tornozelo 4. Pessoas que perderam completamente o movimento de um braço 5. Pessoas que perderam completamente o movimento de uma perna 6. Pessoas que perderam todos os dedos dos dois pés
2º	Idem, equivalente a 277 dias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pessoas que perderam um lado da visão e o outro foi reduzido a uma acuidade inferior a 0,02 2.2 Pessoas que ficaram com sequelas significativas nas funções do sistema nervoso e mental e necessitam de assistência ocasional de terceiros 2.3 Pessoas que ficaram com sequelas significativas nas funções dos órgãos torácico-abdominal e necessitam de assistência ocasional de terceiros 3. Pessoas que perderam os braços, acima das articulações do punho 4. Aqueles que perderam as pernas, acima das articulações do tornozelo 			
3º	Idem, equivalente a 245 dias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pessoas que perderam um lado da visão e o outro lado reduzido a uma acuidade inferior a 0,06 2. Pessoas que perderam a função de mastigação ou da fala 3. Pessoas que ficaram com sequelas significativas nas funções do sistema nervoso e mental e não têm condições de exercer qualquer atividade profissional pelo resto da vida 4. Pessoas que ficaram com sequelas significativas nas funções dos órgãos torácico-abdominal e não têm condições de exercer qualquer atividade de profissional pelo resto da vida 5. Pessoas que perderam todos os dedos das duas mãos 	6º	Idem, equivalente a 156 dias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pessoas que tiveram a acuidade visual de ambos os lados reduzida a menos de 0,1 2. Pessoas que ficaram com sequelas significativas na função de mastigação e fala 3. Pessoas que perderam a capacidade auditiva a um nível que só escutam ao pé do ouvido ou em voz alta 3-2 Pessoas que perderam completamente a capacidade auditiva de um ouvido e não conseguem captar uma conversa normal a uma distância superior a 40 cm

Grau de invalidez	Descrição do benefício	Deficiência física	Grau de invalidez	Descrição do benefício	Deficiência física
		<p>4. Aqueles que tiveram deformações significativas na coluna vertebral ou ficaram com problemas na coordenação motora</p> <p>5. Aqueles que perderam os movimentos de duas articulações das três grandes articulações de um braço</p> <p>6. Aqueles que perderam os movimentos de duas articulações das três grandes articulações de uma perna</p> <p>7. Aqueles que perderam os cinco dedos de uma mão ou perderam quatro dedos, incluindo o polegar</p>	8º	Equivalente a 503 dias do valor diário básico do benefício	<p>1. Pessoas que perderam um lado da visão ou ficaram com a acuidade visual de um olho reduzida a menos de 0,02</p> <p>2. Pessoas que ficaram com sequelas de deficiência motora na coluna vertebral</p> <p>3. Pessoas que perderam dois dedos de uma mão, incluindo o polegar ou perder am três dedos de uma mão, excluindo o polegar</p> <p>4. Pessoas que perderam os movimentos de três dedos de uma mão, incluindo o polegar ou perderam os movimentos de quatro dedos de uma mão, excluindo o polegar</p> <p>5. Pessoas que tiveram encurtamento de mais de 5 cm em uma perna</p> <p>6. Pessoas que perderam os movimentos de uma articulação dentre as três grandes articulações de um braço</p> <p>7. Pessoas que perderam os movimentos de uma articulação dentre as três grandes articulações de uma perna</p> <p>8. Pessoas que ficaram com pseudoartrose em um braço</p> <p>9. Pessoas que ficaram com pseudoartrose em uma perna</p> <p>10. Pessoas que perderam todos os dedos de um dos pés</p>
7º	Idem, equivalente a 391 dias	<p>1. Pessoas que perderam um lado da visão e o outro lado foi reduzido a um a acuidade Inferior a 0,6</p> <p>2. Pessoas que perderam a capacidade auditiva dos dois ouvidos a um nível que não conseguem captar uma conversa normal a uma distância de mais de 40 cm</p> <p>2-2 Pessoas que perderam completamente a capacidade auditiva de um dos e a capacidade auditiva de outro ouvido foi reduzida a um nível que não conseguem captar uma conversa normal a uma distância superior a um metro</p> <p>3. Pessoas que ficaram com sequelas significativas nas funções do sistema nervoso e mental e excluindo os trabalhos leves e fáceis, não têm condições de exercer qualquer outra atividade profissional</p> <p>4. Excluído</p> <p>5. Pessoas que ficaram com sequelas significativas nas funções dos órgãos torácico-abdominal e excluindo os trabalhos leves e fáceis, não têm condições de exercer qualquer outra atividade profissional</p> <p>6. Pessoas que perderam três dedos de uma mão, incluindo o polegar ou perderam quatro dedos, excluindo o polegar</p> <p>7. Pessoas que perderam os movimentos dos cinco dedos de uma mão ou os movimentos de quatro dedos, incluindo o polegar</p> <p>8. Pessoas que perderam um pé, acima da articulação de Lisfranc</p> <p>9. Pessoas que ficaram com pseudoartrose em um braço e sequelas significativas de coordenação motora</p> <p>10. Pessoas que ficaram com pseudoartrose em uma perna e sequelas significativas de coordenação motora</p> <p>11. Pessoas que perderam os movimentos de todos os dedos dos dois pés</p> <p>12. Pessoas que ficaram com marcas-felhas significativas na aparência</p> <p>13. Pessoas que perderam os dois testículos</p>			9º

Grau de invalidez	Descrição do benefício	Deficiência física
		<p>7-3. Pessoas que fçõicaram com sequelas significativas nas funções dos órgãos torácico-abdominal e ficaram com consideráveis limitações de trabalho</p> <p>8. Pessoas que perderam o polegar de uma mão ou perderam dois dedos, excluindo o polegar</p> <p>9. Pessoas que perderam o movimento de dois dedos de uma mão, incluindo o polegar ou o movimento de três dedos, excluindo o polegar</p> <p>10. Pessoas que perderam dois ou mais dedos de um pé incluindo o hálux</p> <p>11. Pessoas que perderam os movimentos de todos os dedos de um pé</p> <p>12. Pessoas que ficaram com sequelas significativas nos órgãos genitais</p>
10º	Idem, equivalente a 302 dias	<p>1. Pessoas que tiveram a acuidade visual de um olho reduzida a menos de 0,1</p> <p>1-2. Pessoas que ficaram com diplopia na visã0 frontal</p> <p>2. Pessoas que ficaram com sequelas na função de mastigação e fala</p> <p>3. Pessoas que incluíram uma prótese dentária equivalente a 14 ou mais dentes</p> <p>3-2. Pessoas que ficaram com dificuldade auditiva nos dois ouvidos e não conseguem captar uma conversa normal a uma distância superior a um metro</p> <p>4. Pessoas que perderam a capacidade auditiva de um ouvido a um nível que só escutam ao pé do ouvido ou em voz alta</p> <p>5. Excluído</p> <p>6. Pessoas que perderam o movimento do polegar de uma mão ou perderam o movimento de dois dedos, excluindo o polegar</p> <p>7. Pessoas que tiveram encurtamento de mais de 3 cm em uma perna</p> <p>8. Pessoas que perderam o hálux de um pé ou perderam os outros quatro dedos de um pé</p> <p>9. Pessoas que ficaram com sequelas significativas nas funções de uma articulação dentre as três grandes articulações de um braço</p> <p>10. Pessoas que ficaram com sequelas significativas nas funções de uma articulação dentre as três grandes articulações de uma perna</p>

Grau de invalidez	Descrição de benefício	Deficiência física
11º	Idem, equivalente a 223 dias	<p>1. Pessoas que ficaram com deficiências nas funções reguladoras dos dois globos oculares ou sequelas no movimento ocular</p> <p>2. Pessoas que ficaram com sequelas significativas no movimento das pálpebras dos dois olhos</p> <p>3. Pessoas que ficaram com defeitos significativos na pálpebra de um olho</p> <p>3-2. Pessoas que incluíram uma prótese dentária equivalente a 10 ou mais dentes</p> <p>3-3. Pessoas que ficaram com dificuldade auditiva nos dois ouvidos e não conseguem captar uma conversa em voz baixa a uma distância superior a um metro</p> <p>4. Pessoas que ficaram com dificuldade auditiva em um ouvido e não conseguem captar uma conversa normal a uma distância superior a 40 cm</p> <p>5. Pessoas que ficaram com deformações na coluna vertebral</p> <p>6. Pessoas que perderam o dedo indicador, médio ou anular de uma mão</p> <p>7. Excluído</p> <p>8. Pessoas que perderam os movimentos de mais de dois dedos de um pé incluindo o hálux</p> <p>9. Pessoas que ficaram com sequelas nas funções dos órgãos torácico-abdominal e têm relativa dificuldade</p>
12º	Idem, equivalente a 156 dias	<p>1. Pessoas que ficaram com deficiências nas funções reguladoras de um globo ocular ou sequelas no movimento ocular</p> <p>2. Pessoas que ficaram com sequelas significativas no movimento da pálpebra de um olho</p> <p>3. Pessoas que incluíram uma prótese dentária equivalente a 7 ou mais dentes</p> <p>4. Pessoas que perderam grande parte do pavilhão externo de uma orelha</p> <p>5. Pessoas que ficaram com deformações significativas na clavícula, no osso esterno, costelas, escápula ou osso pélvico</p> <p>6. Pessoas que ficaram com sequelas nas funções de uma articulação dentre as três grandes articulações de um braço</p> <p>7. Pessoas que ficaram com sequelas nas funções de uma articulação dentre as três grandes articulações de uma perna</p> <p>8. Pessoas que ficaram com deformações nos ossos longos</p> <p>8-2. Pessoas que perderam o dedo mínimo de uma mão</p> <p>9. Pessoas que perderam os movimentos do dedo indicador, médio ou anular de uma mão</p> <p>10. Pessoas que perderam o segundo pododáctilo de um dos pés, aqueles que perderam dois dedos do pé incluindo o segundo pododáctilo ou perderam três dedos do pé incluindo o terceiro pododáctilo e os pododáctilos inferiores</p>

Grau de invalidez	Descrição do benefício	Deficiência Física	Grau de invalidez	Descrição do benefício	Deficiência física
		11. Pessoas que perderam o movimento do hálux de um pé ou aqueles que perderam o movimento dos outros quatro dedos do pé 12. Pessoas com sequelas de sintomas neurológicos persistentes em partes localizadas 13. Excluído 14. Pessoas que ficaram com marcas felas na aparência	13°		10. Pessoas que perderam o movimento do segundo pododáctilo de um pé, pessoas que perderam o movimento de dois dedos dos pés, incluindo o segundo pododáctilo ou pessoas que perderam o movimento de três dedos dos pés, incluindo o terceiro pododáctilo e os pododáctilos inferiores
13°	Idem, equivalente a 101 dias	1. Pessoas que tiveram a acuidade visual de um olho reduzida a menos de 0,6 2. Pessoas que ficaram com hemianopsia (perda da metade do campo de visão), estreitamento do campo visual ou distúrbios visuais em um olho 2-2. Pessoas que ficaram com diplopia, excluindo a diplopia na visão frontal 3. Pessoas que ficaram com defeito parcial nas duas pálpebras ou aqueles que perderam os cílios 3-2. Pessoas que incluíram uma prótese dentária equivalente a cinco ou mais dentes 3-3. Pessoas que ficaram com sequelas nas funções dos órgãos torácicoabdominal 4. Pessoas que perderam o movimento do dedo mínimo de uma mão 5. Pessoas que perderam uma parte do osso do polegar de uma mão 6. Excluído 7. Excluído 8. Pessoas que tiveram encurtamento de mais de 1 cm em uma perna 9. Pessoas que perderam um dedo a partir do terceiro pododáctilo de um pé ou pessoas que perderam dois dedos dos pés	14°	Idem, equivalente a 56 dias	1. Pessoas que ficaram com defeito parcial em uma das pálpebras ou pessoas que perderam os cílios 2. Pessoas que incluíram uma prótese dentária equivalente a três ou mais dentes 2-2. Pessoas que ficaram com dificuldade auditiva em um ouvido e não conseguem captar uma conversa em voz baixa a uma distância superior a um metro 3. Pessoas que ficaram com uma marca feia do tamanho de uma palma da mão na parte exposta do braço 4. Pessoas que ficaram com uma marca feia do tamanho de uma palma da mão na parte exposta da perna 5. Excluído 6. Pessoas que perderam uma parte do osso do dedo de uma mão, excluindo o polegar 7. Pessoas que perderam o movimento de estirar e contrair a articulação Interfalangeana distal dos dedos de uma mão, excluindo o polegar 8. Pessoas que perderam o movimento do terceiro pododáctilo ou inferior a este ou, pessoas que perderam o movimento de dois dedos dos pés 9. Pessoas com sequelas de sintomas neurológicos em partes localizada ~ 10. Excluído

Observações:

- O exame de acuidade visual será realizado de acordo com o padrão internacional. Pessoas que têm anormalidade de refração, o exame será realizado com a acuidade visual corrigida.
- Pessoas que perderam os dedos das mãos são as pessoas que perderam as articulações interfalangeana no caso do polegar e a articulação interfalangeana proximal no caso dos outros dedos.
- Pessoas que perderam o movimento dos dedos são as pessoas que perderam mais da metade da falange terminal do dedo ou ficaram com sequelas significativas de movimento na articulação metacarpo-falangeana ou articulação interfalangeana proximal (no caso do polegar, articulação interfalangeana).
- Pessoas que perderam os dedos dos pés são as pessoas que perderam completamente estes dedos.
- Pessoas que perderam o movimento dos dedos dos pés são as pessoas que perderam mais da metade da falange terminal do hálux e no caso dos outros dedos, as pessoas que perderam mais que as articulações interfalangeana distal, ou as pessoas que ficaram com sequelas significativas de movimento na articulação metatarso-falangeana ou articulação interfalangeana proximal (no caso do hálux, articulação interfalangeana)

Pagamento único antecipado da pensão (Compensação) por invalidez e outros simialres

Podem receber o pagamento antecipado da pensão (compensação) por invalidez e outros similares, somente uma vez.

Descrição dos benefícios

O valor da quantia fixa pré-paga pode ser selecionado a partir dos valores fixos abaixo que são estabelecidos com base na classe da deficiência relevante (consulte a tabela abaixo). Se um montante fixo pré-pago for pago, os pagamentos mensais da pensão por invalidez (indenização) e outros similares cessarão até que tenham atingido o montante do montante fixo pré-pago (os montantes fixos que excederem a parcela de um único ano serão reduzidos pela taxa de juros legal).

Grau de invalidez	Valor do pagamento único antecipado
1°	Equivalente a valor diário básico de benefício 200 dias, 400 dias, 600 dias, 800 dias, 1000 dias, 1200 dias ou 1340 dias
2°	" 200 dias, 400 dias, 600 dias, 800 dias, 1000 dias ou 1190 dias
3°	" 200 dias, 400 dias, 600 dias, 800 dias, 1000 dias ou 1050 dias
4°	" 200 dias, 400 dias, 600 dias, 800 dias ou 920 dias
5°	" 200 dias, 400 dias, 600 dias, ou 790 dias
6°	" 200 dias, 400 dias, 600 dias, ou 670 dias
7°	" 200 dias, 400 dias ou 560 dias

Procedimento para requerimento

Quando for requerer o pagamento único antecipado da pensão (compensação) por invalidez, a princípio, deverá apresentar juntamente com o requerimento do benefício (compensação) por invalidez, o "requerimento da pensão compensatória por invalidez e outros simialres - Pensão por invalidez para múltiplos trabalhadores empresariais - pagamento único antecipado da pensão por invalidez" (Formulário modelo 10 de solicitação de pensão), entregando-o ao delegado da Delegacia do Trabalho da jurisdição local. Porém, o requerimento poderá ser efetuado também depois de receber a pensão (compensação) por invalidez e outros similares, se não tiver cumprido um ano, a partir do dia seguinte do aviso de aprovação da pensão. Neste caso, o requerimento deve ser realizado dentro do limite do valor máximo correspondente a cada grau de invalidez descontado o valor da pensão já concedida.

Prazo de prescrição dos requerimentos

Atenção! Transcorridos dois anos a partir do dia seguinte ao dia que curou a doença/lesão, o direito de requerimento do pagamento único antecipado da pensão (compensação) por invalidez e outros similares se extingue por prescrição.

Pagamento único da diferença da pensão (Compensação) por invalidez e outros similares

Em caso de morte do beneficiário da pensão (compensação) por invalidez e outros similares, se o valor total da pensão (compensação) por invalidez e outros similares já concedido e do valor do pagamento único antecipado da pensão não atingir o valor fixo determinado para o grau de invalidez, será concedido um pagamento único da diferença da pensão (compensação) por invalidez e outros similares ao seu familiar.

Descrição dos benefícios

O valor do Balanço Global da Pensão (Compensação) por Invalidez e outros similares será um valor na tabela em baixo baseada na classe de deficiência menos o valor total do Saldo Aproximado da Pensão (Compensação) por Invalidez e outros similares. Adicionalmente existe um sistema de pagamento de balanço global para a Pensão Especial por Invalidez, como para a Pensão (Compensação) por Invalidez e outros similares.

Grau de invalidez	Pagamento único da diferença da pensão (Compensação) por invalidez e outros similares	Pagamento único da diferença da pensão especial por invalidez
1º	Do valor básico equivalente a 1,340 dias	Do valor básico equivalente a 1,340 dias
2º	" 1,190 dias	" 1,190 dias
3º	" 1,050 dias	" 1,050 dias
4º	" 920 dias	" 920 dias
5º	" 790 dias	" 790 dias
6º	" 670 dias	" 670 dias
7º	" 560 dias	" 560 dias

● Familiar qualificado a receber o pagamento único da diferença da pensão (compensação) por invalidez e outros similares.

Um familiar qualificado é aquele que se enquadra num dos próximos itens. A ordem de qualificação é conforme a ordem crescente dos itens (1) e (2). Dentro de cada item, mencionamos os familiares qualificados em ordem sequencial.

(1) O cônjuge ou a pessoa que vivia com o trabalhador na época do seu falecimento (mesmo que não fossem casados oficialmente, incluem-se a pessoa que mantinha um relacionamento semelhante a um casamento oficial. De igual maneira, os cônjuges citados no ítem (2) a seguir), filhos, pais, netos, avós e irmãos.

(2) Os cônjuges que não se enquadram no ítem 1, filhos, pais, netos, avós e irmãos.

Procedimento para requerimento

Apresente o requerimento da concessão do pagamento único compensatório da diferença da pensão por invalidez/ Pensão de invalidez para múltiplos trabalhadores da empresa saldo global / do pagamento único da diferença da pensão por invalidez (Formulário modelo 37-2) ao delegado da Delegacia do Trabalho da jurisdição local. Além disso, anexe os seguintes documentos no requerimento.

● Documentos que devem ser anexados ao requerimento

Situações	Documentos a anexar
Documentos que obrigatoriamente deve anexar	Original do koseki (registro civil da família) completo ou simplificado do requerente, e documento que comprove o relacionamento com o falecido
Caso não haja um relacionamento matrimonial oficial, mas que tivesse uma relação matrimonial de fato com o trabalhador falecido	Documentos que comprovem este fato
Caso a subsistência dependesse da renda do trabalhador falecido	Documentos que comprovem este fato

* Além destes, poderá ser solicitado a entrega de outros documentos.

Prazo de prescrição dos requerimentos

Atenção! Transcorridos cinco anos a partir do dia seguinte ao morte do trabalhador acidentado, o direito de requerimento do pagamento único da diferença de pensão (compensação) por invalidez e outros similares se extingue por prescrição.

Benefício (compensação) por morte e outros similares. Despesas de funeral (benefício de funeral) e outros similares.

Se o trabalhador falece em razão do trabalho ou durante o trajeto do trabalho, será entregue a sua família o benefício (compensação) por morte e outros similares. Além disso, serão pagas as despesas de funeral e outros similares ou concedido o benefício de funeral à pessoa que realiza o funeral.

Há dois tipos de benefício dentro do benefício (compensação) por morte e outros similares : "a pensão (compensação) por morte e outros similares " e o "pagamento único (compensação e outros similares) por morte"

Pensão (Compensação) por morte e outros similares

A pensão (compensação) por morte e outros similares , como é explicada a seguir, é concedida à pessoa com direito de recebê-la, que aqui chamaremos de "beneficiário de direito", que é a primeira pessoa da ordem sequencial dentre os "beneficiários qualificados".

Beneficiários qualificados

Os beneficiários qualificados para receber a pensão (compensação) por morte e outros similares são a cônjuge, filhos, pais, netos, avós e irmãos que eram sustentados com a renda do trabalhador falecido no momento da sua morte. Mas, além da esposa, os outros familiares, idosos e menores, deverão atender as condições de idade ou de determinada deficiência. "Era sustentado com renda do falecido no momento da sua morte" não significa que o familiar era sustentado exclusivamente pelo trabalhador falecido ou que fosse a principal fonte de renda para o sustento, significa que a renda do trabalhador falecido fazia parte do sustento da família, incluindo o casal onde ambos trabalham. A ordem sequencial dos beneficiário de direito é a seguinte:

- (1) A esposa, ou o marido com mais de 60 anos ou que tenha uma determinada deficiência
- (2) Filhos com menos de 18 anos ou caso tenha 18 anos completos, até o primeiro 31 de março depois de completar 18 anos, ou filhos com uma determinada deficiência
- (3) Pais com mais de 60 anos de idade ou que tenham uma determinada deficiência
- (4) Netos com menos de 18 anos ou caso tenha 18 anos completos, até o primeiro 31 de março depois de completar 18 anos ou, netos com uma determinada deficiência
- (5) Avós com mais de 60 anos de idade, ou que tenham uma determinada deficiência
- (6) Irmãos com menos de 18 anos ou caso tenha 18 anos completos, até o primeiro 31 de março depois de completar 18 anos ou, irmãos com mais de 60 anos de idade ou com uma determinada deficiência
- (7) O esposo com mais de 55 anos e menos de 60 anos de idade
- (8) Pais com mais de 55 anos e menos de 60 anos de idade
- (9) Avós com mais de 55 anos e menos de 60 anos de idade
- (10) Irmãos com mais de 55 anos e menos de 60 anos de idade

*Uma determinada deficiência significa uma deficiência física, classificada como invalidez de quinto grau ou superior a este.

*Em caso de cônjuge, mesmo que o casamento não seja oficial, é incluída a pessoa que mantinha de fato um relacionamento

semelhante à relação matrimonial. Ainda, mesmo o filho, que na época da morte do trabalhador, seja um feto, será um beneficiário qualificado logo após o seu nascimento.

*Quando um beneficiário qualificado perde o direito como beneficiário em virtude de óbito ou novo casamento, ou outro motivo, o próximo beneficiário qualificado se tornará o beneficiário de direito.

*Mesmo que os beneficiários qualificados dos itens (7) até (10): esposo, pais, avós e irmãos de mais de 55 anos e menos de 60 anos de idade tornem-se beneficiários de direito, a pensão será suspensa até eles completarem 60 anos de idade.

Descrição dos benefícios

A pensão (compensação) por morte e outros similares, o pagamento especial por morte e a pensão especial por morte serão concedidos aos familiares do falecido de acordo com o número de familiares e outros similares. Além disso, quando houver dois ou mais beneficiários de direito, cada beneficiário de direito receberá o valor do benefício dividido igualmente .

Número de familiares	Pensão (compensação) por morte e outros similares	Pagamento especial por morte (pagamento único em ienes)	Pensão especial por morte
1 pessoa	Equivalente a 153 dias do valor diário básico do benefício (porém, caso seja uma esposa com mais de 55 anos de idade ou tenha uma deficiência determinada, será equivalente a 175 dias)	3,00 milhões	Equivalente a 153 dias do valor diário básico computado (porém, caso seja uma esposa com mais de 55 anos de idade ou tenha uma deficiência determinada, será equivalente a 175 dias)
2 pessoas	Equivalente a 201 dias do valor diário básico do benefício		Equivalente a 201 dias do valor diário básico computado
3 pessoas	Equivalente a 223 dias, idem		Equivalente a 223 dias, idem
4 pessoas ou mais	Equivalente a 245 dias, idem		Equivalente a 245 dias, idem

Procedimento para requerimento

Apresente o requerimento da concessão da pensão compensatória por morte / Múltiplos trabalhadores de empresas que sobrevivem à pensão familiar (Formulário modelo 12) ou requerimento da concessão da pensão por morte (Formulário modelo 16-8) ao delegado da Delegacia do Trabalho da jurisdição local. Além disso, a solicitação da concessão do pagamento especial, a princípio, deverá ser realizado junto com a requerimento do benefício (compensação) por morte e outros similares, sendo inclusive, utilizado o mesmo formulário do benefício (compensação) por morte e outros similares .

● Documentos que devem anexados ao requerimento

* Além destes, poderá ser solicitado a entrega de outros documentos.

Situações	Documentos a anexar
Documentos que obrigatoriamente deve anexar	Documentos que comprovam a morte e a data do óbito do trabalhador, como certidão de óbito, certificado médico do motivo da morte, declaração da autópsia e outros similares
	Documentos que comprovam a o relacionamento do trabalhador falecido com o requerente e outros beneficiários qualificados, como koseki tohon (registro civil integral), koseki shohon (registro civil simplificado) e outros similares
	Documentos que comprovam que o requerente e outros beneficiários qualificados eram mantidos com a renda do trabalhador falecido
Mesmo que a requerente ou outra beneficiária qualificada não fosse casada oficialmente, mas mantivesse um relacionamento matrimonial de fato com o trabalhador falecido	Documentos que comprovam este fato
Quando o requerente e dentre os outros beneficiários qualificados, houver um beneficiário qualificado portador de deficiência determinada	Documentos que comprovam que a deficiência continua desde a época da morte do trabalhador, como atestado médico e outros similares
Dentre os benefícios qualificados, quando houver uma pessoa que vive com a mesma renda do requerente	Documentos que comprovam este fato
Quando a esposa estiver com deficiência	Documentos que comprovam a deficiência após a morte do trabalhador, e as circunstâncias do surgimento ou cessação destas condições de deficiência
Caso receba a pensão por morte da Previdência Social, a pensão individual por morte, a pensão por viuvez, e outros similares pelo mesmo motivo	Documentos que comprovam o valor concedido

Prazo de prescrição dos requerimentos

Atenção! Transcorridos cinco anos a partir do dia seguinte ao morte do acidentado, o direito de requerimento da pensão (compensação) por morte e outros similares se extingue por prescrição.

Pagamento único (Compensação) por morte e outros similares

(1) Casos em que é concedido o pagamento único (compensação) por morte e outros similares

São concedidos nos seguintes casos:

- 1- Quando na época da morte do trabalhador, não havia familiares qualificados para receber a pensão (compensação) por morte e outros similares.
- 2- Quando todos os beneficiários de direito perderem o direito de receber a pensão (compensação) por morte e outros similares e o total do valor de pensão paga e do pagamento único antecipado da pensão por morte e outros similares (vide pág. 30) a todos os familiares que eram beneficiários de direito não atingir o valor equivalente a 1.000 dias do valor diário básico do benefício.

(2) Beneficiários de direito

Os beneficiários de direito do pagamento único (compensação) por morte e outros similares são as seguintes pessoas que estão classificadas em ordem sequencial (sobre a ordem (2) e (3) obedecerá a seguinte ordem: filhos, pai, mãe, netos e avós) e, quando houver dois ou mais beneficiários na mesma ordem sequencial, todos serão considerados beneficiários de direito. Além disso, o estado do filho, pais, netos, avós e irmãos deve ser o mesmo da época da morte do trabalhador.

- 1- Cônjuge
- 2- Filhos, pais, netos e avós que eram mantidos com a renda do trabalhador na época da sua morte
- 3- Filhos, pais, netos e avós em outras condições
- 4- Irmãos

Descrição dos benefícios

No caso do item (1), subitem 1

Será concedido o valor equivalente a 1.000 dias do valor diário básico do benefício. Também além da concessão de 3 milhões de ienes a título de pagamento especial por morte, será concedido o pagamento único especial por morte no valor equivalente a 1.000 dias do valor diário básico computado.

No caso do item (1), subitem 2

Será concedido o valor equivalente a 1.000 dias do valor diário básico do benefício subtraindo o valor total da pensão (compensação) por morte e outros similares já concedido. Caso todos os beneficiários de direito percam o direito de receber a pensão (compensação) por morte e o total do valor da pensão especial por morte concedida a todos os familiares, que eram beneficiários de direito, não atingir o valor equivalente a 1.000 dias do valor diário básico computado, será concedido a título de pagamento único especial por morte, o valor equivalente a 1.000 dias do valor diário básico computado e menos diferença deste valor total (neste caso, não será concedido o pagamento especial por morte).

Procedimento para requerimento

Apresente o requerimento da concessão do pagamento único compensatório por morte/ Trabalhadores Múltiplos da Empresa Sobrevivendo à Soma Familiar (Formulário modelo 15) ou o requerimento do concessão do pagamento único por morte (Formulário modelo 16-9) ao delegado da Delegacia do Trabalho da jurisdição local. A solicitação do pagamento especial, a princípio deverá ser realizada junto com a requerimento do pagamento único (compensação) por morte e outros similares, sendo inclusive, utilizado o mesmo modelo de formulário.

● Documentos a serem anexados ao requerimento

Situações	Documentos a anexar
Caso não haja um relacionamento matrimonial oficial, mas que tivesse uma relação matrimonial de fato com o trabalhador falecido	Documentos que comprovem este fato
Caso a pessoa fosse mantida pela renda do trabalhador falecido	Documentos que comprovem este fato
Se não houver uma família sobrevivente qualificada para receber a família sobrevivente (indenização) e outros similares. Pensão quando o trabalhador morre	a) Documentos que comprovam a morte e a data do óbito do trabalhador, como certidão de óbito, certificado médico do motivo da morte, declaração da autópsia e outros similares b) Documentos que comprovam o relacionamento do trabalhador falecido com o requerente como koseki tohon (registro civil integral), koseki shohon (registro civil simplificado) e outros similares.
Quando todos, até o último beneficiário de direito, perderem o direito de receber a pensão (compensação) por morte e outros similares e o total do valor de pensão e do pagamento único antecipado da pensão (compensação) por morte e outros similares concedido a todos os familiares, que eram beneficiários de direito, não atingir o valor equivalente a 1.000 dias do valor diário básico do benefício	Os mesmos documentos do item b) acima

* Além destes, poderá ser solicitado a entrega de outros documentos.

Prazo de prescrição dos requerimentos

Prazo de prescrição dos requerimentos Atenção! Transcorridos cinco anos a partir do dia seguinte à morte do acidentado, o direito de requerimento do pagamento único (compensação) por morte e outros similares se extingue por prescrição, assim como o requerimento da pensão (compensação) por morte e outros similares.

Pagamento único antecipado da pensão (Compensação) por morte e outros similares

Os familiares que receberão a pensão (compensação) por morte e outros similares, poderão receber o pagamento antecipado da pensão somente uma vez. Além disso, mesmo as pessoas que estão com a concessão da pensão por morte suspenso por motivo de falta de idade, podem receber este pagamento antecipado.

Descrição dos benefícios

Os montantes fixos pré-pagos podem ser selecionados entre 200 dias, 400 dias, 600 dias, 800 dias e 1000 dias do valor de benefícios diários básicos. Se for pago um valor fixo pré-pago, a família sobrevivente mensal (indenização) e outros similares. Os pagamentos de pensão cessarão até que tenham atingido o valor do valor fixo pré-pago (valores fixos que excedam a parcela de um único ano serão reduzidos pela taxa estatutária de juros).

Procedimento para requerimento

O pagamento único antecipado da pensão, a princípio, deverá ser solicitado juntamente com a requerimento da pensão (compensação) por morte e outros similares, através do “requerimento da pensão compensatória por morte /Múltiplos trabalhadores de empresas que sobrevivem à pensão familiar /pagamento único antecipado da pensão por morte” (Formulário modelo 1 da solicitação da pensão), entregando-o ao delegado da Delegacia do Trabalho da jurisdição local. Porém, antes de completar um ano, a partir do dia seguinte ao aviso de aprovação da pensão, o requerimento poderá ser efetuado após o recebimento da pensão (compensação) por morte e outros similares. Neste caso, o requerimento poderá ser realizado, descontando o valor total da pensão do equivalente a 1.000 dias do valor diário básico do benefício já concedido

Prazo de prescrição dos requerimentos

Atenção! Transcorridos dois anos a partir do dia seguinte ao morte do trabalhador acidentado, o direito de requerimento do pagamento único antecipado da pensão (compensação) por morte e outros similares se extingue por prescrição.

Mudança do beneficiário de direito da pensão (Compensação) por morte e outros similares

Quando o beneficiário de direito não puder receber a pensão (compensação) por morte e outros similares pelos motivos seguintes, este direito será transferido para o próximo beneficiário da ordem sequencial

- (1) Em caso de falecimento
- (2) Em caso de casamento (incluindo um relacionamento matrimonial de fato, mesmo que não seja um casamento oficial)
- (3) Caso seja adotado por uma pessoa que não seja familiar direto ou familiar de relacionamento matrimonial (incluindo o relacionamento de adoção de fato, mesmo que não seja uma adoção oficial)
- (4) Quando extinguir o relacionamento familiar com o trabalhador falecido através de Divórcio
- (5) No caso de filhos, netos ou irmãos, até o primeiro 31 de março depois do aniversário de 18 anos (não se aplica àqueles que tenham uma deficiência determinada desde a época do falecimento do trabalhador)
- (6) No caso de esposo, filhos, pais, netos, avôs e irmãos com uma deficiência determinada, quando cessar a deficiência.

Procedimento para requerimento

Entregue o requerimento (Formulário modelo 13) da pensão compensatória por morte / Múltiplos trabalhadores de empresas que sobrevivem à pensão familiar / transferência do direito do benefício da pensão por morte ao delegado da Delegacia do Trabalho da jurisdição local.

Além disso, a solicitação da concessão do pagamento especial por morte, a princípio, deverá ser realizada simultaneamente, sendo inclusive, utilizado o mesmo formulário.

● Documentos a serem anexados ao requerimento

Situações	Documentos a anexar
Documentos que obrigatoriamente deve anexar	Documentos que comprovam o relacionamento do trabalhador falecido com o requerente e com outros beneficiários de direito que são sustentados pelo requerente, como kosekl tohon (registro civil integral), koseki shohon (registro civil simplificado), e outros similares.
Quando o requerente e dentre os outros beneficiários qualificados que são sustentados com a renda do requerente, houver um beneficiário qualificado que tenha uma deficiência determinada	Documentos que comprovam que a deficiência prossegue desde a época da morte do trabalhador, como atestado médico e outros similares.
Dentre os beneficiários de direito, quando houver uma pessoa que seja sustentada pelo requerente	Documentos que comprovam este fato

*Além destes, poderá ser solicitado a entrega de outros documentos.

Despesas de funeral e outros similares (benefício de funeral)

A concessão das despesas de funeral (benefício de funeral) e outros similares não se limita somente aos familiares mas, normalmente se enquadra a um familiar apropriada para realizar o funeral. Mas, quando o trabalhador falecido não tiver um familiar que possa realizar o funeral e este seja realizado pela empresa onde ele trabalhava, as despesas de funeral e outros similares (benefício de funeral) serão concedidas à esta empresa.

Descrição do requerimento

O valor da despesa e outros similares é de 315.000 ienes, acrescido o equivalente a 30 dias do valor diário básico do benefício mas, quando o valor pago não atingir o equivalente a 60 dias do valor diário básico do benefício, será concedido o valor equivalente a 60 dias do valor diário básico do benefício.

Procedimento para requerimento

Apresente o requerimento das despesas de funeral ou Múltiplos Benefícios Funerários de Trabalhadores Empresariais (Formulário modelo 16) ou o requerimento do benefício de funeral (Formulário modelo 16-10) ao delegado da Delegacia do Trabalho da jurisdição local.

- Documentos que devem ser anexados ao requerimento

Documentos que comprovam a morte e a data do óbito do trabalhador acidentado, como certidão de óbito, certificado médico do motivo da morte, declaração da autópsia e outros similares. Caso estes documentos estejam anexos ao requerimento do benefício (compensação) por morte e outros similares, não será necessário anexá-los novamente.

Prazo de prescrição dos requerimentos

Atenção! Transcorridos dois anos a partir do dia seguinte ao morte do trabalhador acidentado, o direito de requerimento das despesas de funeral e outros similares (benefício de funeral) se extingue por prescrição.

Benefício (Compensação) de assistência de terceiros e outros similares

Todos os destinatários de Classe 1 de Deficiência (Compensação) e outros similares. Os destinatários de pensão e classe 2 que tenham deficiências mentais, nervosas ou orgânicas toracoabdominais e que já estejam recebendo cuidados de enfermagem podem receber Compensação de Cuidados de Enfermagem e outros similares. Benefícios (para lesões de fatores de emprego múltiplos), Benefícios de cuidados de enfermagem para trabalhadores de empresas múltiplas (para lesões de fatores de emprego múltiplos) ou Benefícios de cuidados de enfermagem (para lesões de fatores de emprego múltiplos).

Requisitos para concessão

1 Enquadrar-se nas condições determinadas de invalidez

O benefício (compensação) de assistência de terceiros e outros similares é dividido em assistência permanente e ocasional, conforme as condições de invalidez. As condições da invalidez que necessitam de assistência permanente ou ocasional são as seguintes:

	Condições da incapacidade da pessoa
Assistência permanente	(1) Pessoas que ficaram com disfunções psiconeurológicas e deficiências nos órgãos torácico-abdominal e necessitam de assistência permanente de terceiros (10 grau de invalidez: itens 3 e 4, e doenças/lesões de 1º grau: itens 1 e 2) (2) <ul style="list-style-type: none">• Pessoas que perderam as duas visões e ficaram com deficiências de 1º e 2º de invalidez e doença• Pessoas que perderam os dois braços ou duas pernas ou seus movimentos e outros similares e pessoas que necessitam de assistência de terceiros no mesmo grau do item (1) acima
Assistência ocasional	(1) Pessoas que ficaram com disfunções psiconeurológicas e deficiências torácico abdominal e necessitam de assistência ocasional de terceiros (2o grau de invalidez: itens 2-2 e 2-3, e doenças/lesões de 2o grau: itens 1 e 2) (2) Pessoas que se enquadram no 1º grau de invalidez ou doença/lesões de 1º grau e não necessitam de assistência permanente terceiros

2 Estar recebendo assistência de terceiros

É necessário que esteja recebendo assistência de alguma empresa privada de serviços de assistência, familiares, amigos ou conhecidos.

3 Não estar internado em nenhum hospital ou clínica

4 Não estar internado em asilo, instituição de ajuda a deficientes

(somente a assistência de cuidados diários), casa especial para repouso ou casas especiais de repouso para vítimas da bomba atômica

Durante a internação nestas instituições, considera-se que a pessoa receberá assistência suficiente e por isso, é excluído deste benefício.

Descrição dos benefícios

O valor do benefício de assistência de terceiros e outros similares é conforme a seguir (atualizado em 1 de março de 2024).

(1) Em caso de assistência permanente

1 Quando não estiver recebendo assistência de familiares, amigos ou conhecidos, será pago o valor da despesa de assistência (porém, até o limite de 172.550 ienes).

2 Mesmo recebendo a assistência de familiares, amigos ou conhecidos:

a) Caso não tenha gastos de despesa de assistência, será pago o valor uniforme de 77.890 ienes.

b) Caso tenha gastos de despesa de assistência e este valor seja inferior a 77.890 ienes, será pago como valor uniforme, o valor de 77.890 ienes.

c) Caso tenha gastos de despesa de assistência e este valor seja superior a 77.890 ienes, será pago o valor desta despesa (porém até o limite de 172.550 ienes).

(2) Em caso de assistência ocasional

1 Quando não estiver recebendo assistência de familiares, amigos ou conhecidos, será pago o valor da despesa de assistência (porém, até o limite de 86.280 ienes).

2 Mesmo recebendo a assistência de familiares, amigos ou conhecidos:

a) Caso não tenha gastos de despesa de assistência, será pago o valor uniforme de 38.900 ienes.

b) Caso tenha gastos de despesa de assistência e este valor seja inferior a 38.900 ienes, será pago o valor uniforme de 38.900 ienes.

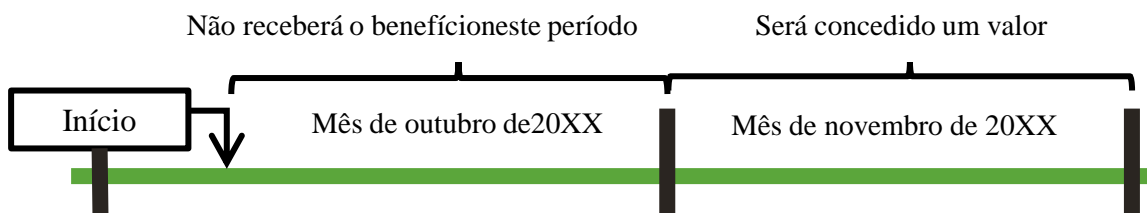
c) Caso tenha gastos de despesa de assistência e este valor seja superior a 38.900 ienes, será pago o valor desta despesa (porém até o limite de 86.280 ienes).

• Caso comece a receber a assistência durante o mês em curso

1 Caso receba a assistência pagando as despesas de assistência de terceiros, serão pagas dentro do limite máximo.

2 Caso receba a assistência através de familiares ou amigos e não gere despesa, não será concedido este benefício neste mês.

Exemplo: Caso comece a receber a assistência durante o mês de outubro de familiares ou amigos:



*No espaço “Mês e ano objeto de requerimento” do formulário, deverá anotar o mês do início da assistência (no caso do exemplo acima, o mês correspondente é outubro de 20XX).

Procedimento para requerimento

No momento de requerer o benefício (compensação) de assistência de terceiros, apresente o requerimento da concessão do benefício compensatório de assistência de terceiros/Benefícios/Benefícios de cuidados de enfermagem para trabalhadores de múltiplas empresas/ do benefício de assistência de terceiros (Formulário modelo 16-2-2) ao delegado da Delegacia do Trabalho da jurisdição local.

● Documentos que deverão ser anexados ao requerimento

Situações	Condições da incapacidade da pessoa
Documentos que obrigatoriamente	Atestado do medico ou do dentista
Caso pague despesas de assistência de terceiros	Documentos que comprovam o número de dias da assistência e o valor pago pelo serviço

* Além destes, poderá ser solicitado a entrega de outros documentos.

Os beneficiários da pensão (compensação) por doença-acidentária e outros similares ou as pessoas que se enquadram no 1º grau de invalidez, ítem 3 e 4 ou, no 2º grau de invalidez, itens 2-2 e 2-3 não necessitam anexar o atestado médico. Além disso, a partir do segundo requerimento consecutivo do benefício (compensação) de assistência de terceiros e outros similares, também não será necessário anexar o atestado médico.

O requerimento do benefício (compensação) de assistência de terceiros e outros similares deve ser realizado a cada mês, mas admitiremos os requerimentos organizados a cada três meses.

Prazo de prescrição dos requerimentos

Atenção! Transcorridos dois anos a partir do mês seguinte ao mês que começou a receber a assistência de terceiros (compensação) e outros similares, o direito de requerimento se extingue por prescrição.

Exemplos de Preenchimento de Requerimentos

1. **Requerimento do benefício para compensação pelo tratamento médico e do tratamento médico sujeito a benefício de tratamento medico para trabalhadores de múltiplos empreendimentos (Formulário modelo 5)**
2. **Requerimento do ressarcimento das despesas de tratamento médico e tratamento medico sujeito a benefício de tratamento medico para trabalhadores de múltiplos empreendimentos (Formulário modelo 7)**
3. **Requerimento da concessão do Benefício compensatório por afastamento de trabalho / Benefícios de Afastamento Temporal de Trabalhadores de Múltiplos Empreendimentos (Formulário modelo 8)**
4. **Requerimento de concessão do Benefício compensatório por invalidez/ Benefícios por Invalidez para Trabalhadores de Múltiplos Empreendimentos (Formulário modelo 10)**
5. **Requerimento da concessão da pensão compensatória por morte / Pensão por morte para trabalhadores de múltiplos empreendimentos (Formulário modelo 12)**
6. **Requerimento de concessão do pagamento único compensatório por pensão de morte / Pagamento único por morte para trabalhadores de múltipulos empreendimentos (Formulário modelo 15)**
7. **Requerimento das despesas de funeral ou benefícios de ritual funerário para trabalhadores de múltiplos empreendimentos (Formulário modelo 16)**
8. **Requerimento da concessão do benefício compensatório de cuidados de enfermagem/benefício de cuidados de enfermagem para trabalhadores de múltiplos empreendimentos (Formulário modelo 16-2-2)**

Requerimento do benefício para compensação pelo tratamento médico e do tratamento médico sujeito a benefício de tratamento medico para trabalhadores de múltiplos empreendimentos (Formulário modelo 5) Exemplo de preenchimento

Em caso de acidente no trajeto de trabalho, use o Formulário modelo 16-3

Se desconhecer, peça para o empregador preencher

Preencha, "1" para sexo masculino e "3" para sexo feminino

Preencha o nome em katakana, abrindo um quadrado entre o nome e o sobrenome

Anotar a era, ano e mês na sequência.
Era: 5 para "Showa"
7 para "Heisei"
9 para "Reiwa"

Nome (Katakana)

Data de nascimento

data do ferimento ou do ataque

Endereço

Categoria Industrial

Horário do acidente
Am
Pm

Anotar o nome e o cargo da pessoa que constatou o acidente. Caso não se encontrar tal indivíduo, anote o cargo o nome do mesmo do local do empreendimento onde recebeu a ocorrência de acidente.

A causa do acidente e a situação no acidente

① Onde
② Em que condições
③ Que tipo de serviço efetuava
④ Qual motivo
⑤ Anote claramente o tipo de acidente ocorrido

*** Campo de certificação do empregador**

O chefe do Escritório de Inspeção de Normas Trabalhistas

Requerente

Código postal

Endereço

Nome

Nome do hospital

Espaço a ser preenchidos pelo próprio requerente

Espaço a ser preenchido pela empresa

*Caso não receba a certificação da empresa, consulte-se com a Delegacia do Trabalho.

様式第5号(裏面)

②その他の就業先の有無	
有の場合のその数 (ただし前項の事業場と異なるものを 社)	有の場合でいずれかの事業場の勤務が主たるものである場合は、 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)	加入年月日 年 月 日

No caso de ser empregado em vários locais de trabalho, faça um círculo em 有 e indique o número de locais de trabalho.

【項目記入にあたっての注意事項】

- 1 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項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、②欄並びに③及び④欄の宛先については、該当番号を記入枠に記入してください。)
- 2 ③は、災害発生の実態を確認した者(確認した者が多数のときは最初に発見した者)を記載してください。
- 3 傷病補償年金又は複數事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の給付を請求する場合には、④労働保険番号欄に左詰めで年金証書番号を記入してください。また、③及び④は記入しないでください。
- 4 複數事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされます。
- 5 ②「その他の就業先の有無」欄の記載がない場合又は複數就業していない場合は、複數事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱います。
- 6 前項に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の新病を要因とすることが明らかでない限り、療養補償給付のみで請求されることとなります。

Favor completar no caso de ser empregado em vários locais de trabalho e ter feito um seguro especial.

【その他の注意事項】

この用紙は、機械によって読取りを行いますので汚したり、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。

別添事業主証明欄	別添元事業主が証明する事項(裏面の③、④及び⑤)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 _____ (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)

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
			() _____

Requerimento do ressarcimento das despesas de tratamento médico e tratamento medico sujeito a benefício de tratamento medico para trabalhadores de múltiplos emprendimentos (Formulário modelo 7-1) Exemplos de preenchimento

Em caso de acidente no trajeto de trabalho, use o Formulário modelo 16-5 (1)

Se desconhecer, peça para o empregador preencher

Número do seguro de compensação dos trabalhadores

**Anote a era, ano e mês na sequência.
Era: 5 para "Showa"
7 para "Heisei"
9 para "Reiwa"**

Preencha "1" para sexo masculino e "3" para sexo feminino

Anote "1" em caso de conta corrente e "3" em caso de conta comercial

Preencha o nome em katakana, abrindo um quadrado entre o nome e o sobrenome

Somente preencha o espaço esquerdo com o nome do banco, titular da conta e os itens 16 17 18 19 quando desejar notificar a conta nova, ou quando houver alteração na conta notificada anteriormente

Campo de certificação do empregador

Espaço reservado para a instituição médica

Espaço a ser preenchido pelo próprio requerente

Espaço a ser preenchido pela instituição médica

Espaço a ser preenchido pela empresa

** Consultar a instituição supervisora ao apresentar se a certificação da empresa não puder ser obtida*

Nome e endereço do local de trabalho		Am Pm	Profissão
A causa do acidente e condições do acidente			

Anote o nome e a profissão da pessoa que confirmou o acidente. Caso não se encontrar tal indivíduo, anote o cargo e o nome do mesmo do local de empreendimento onde recebeu a ocorrência de acidente.

Primeira visita	horas externas / dia livre / meia-noite	Primeira visita	yen
Segunda visita	ambulatorial	Segunda visita	yen
	adição posterior	Instrução	yen
	adição ambulatorial	Outros	yen
	horas externas		
	dia de folga		
	meia-noite		
Instrução		Alimentos (básico)	yen
		Alimentos (básico)	yen
		Alimentos (básico)	yen
Cuidados domiciliares:	cuidados da casa		
	noite		
	emergência / meia-noite		
	cuidados de visita		
	outros		
	medicina	Subtotal	yen
Dosagem	cuidados internos:	resumo	
	medicina distribuindo		
	uso externo: medicina distribuindo		
	tratamento narcótico e tóxico		
	taxa básica de distribuição		
Injeção	intravenoso		
	outros		
Tratamento	medicina		
	Anestesia de operação		
	medicina		
Verificar:	medicina		
	Diagnóstico por imagem		
	medicina		
Outros	prescrição		
	medicina		
Internação	data de admissão		
	Adição da taxa hospitalar básica	x dias	
		x dias	
		x dias	
		x dias	
	Taxa hospitalar especificada / outra		
Subtotal	Pontos ①	Total ①+②	yen

- ① Onde
- ② Em que condições
- ③ Que tipo de serviço efetuava
- ④ Qual motivo
- ⑤ Anote claramente o tipo de acidente ocorrido

A ser preenchido por Instituição médica (Detalhes do tratamento e o valor total)

Nome e endereço do local de trabalho		Am Pm	Profissão
A causa do acidente e condições do acidente			

No caso de ser empregado em vários locais de trabalho, faça um círculo em 有 e indique o número de locais de trabalho.

Favor completar no caso de ser empregado em vários locais de trabalho e ter feito um seguro especial.

Requerimento da concessão do Benefício compensatório por afastamento de trabalho / Benefícios da Ausência Temporária de Trabalhador em Múltiplos Negócios (Formulário modelo 8) Exemplo de preenchimento

Em caso de acidente no trajeto de trabalho, use o Formulário modelo 16-6

Preencha "1" para sexo masculino e "3" para sexo feminino

Se desconhecer, peça para o empregador preencher

Número do seguro de compensação dos trabalhadores

Data de nascimento

Preencha o nome em katakana, abrindo um quadrado entre o nome e o sobrenome

data do ferimento ou do ataque

Anote a era, ano e mês na sequência.
Era: 5 para "Showa"
7 para "Heisei"
9 para "Reiwa"

Nome

Código postal

Endereço

Período em que eu não pude trabalhar por causa da recuperação

Preencha o item (19) Período que não pôde trabalhar devido ao tratamento médico, e o item (20) número de dias que não recebeu saqário

Anote "1" em caso de conta corrente e "3" em caso de conta comercial

Tipo de depósito

Número de conta

Nome da instituição financeira

Nome da filial

Titular da conta

Somente preencha o espaço esquerdo com o nome do banco, titular da conta e os itens (23)(24)(25)(26) quando desejar notificar a conta nova, ou quando houver alteração na conta notificada anteriormente

Campo de certificação do empregador

* Desde a segunda reclamação, o preenchimento não é necessário se você já tiver deixado o emprego

O local e o nome da lesão / doença

Período de tratamento: ano mês dia - ano mês dia. dias líquidos de tratamento dias

Curso da lesão / doença

Data atual do tratamento curado / morte / mudança do médico / parada / continuação

O período de trabalho era impossível devido ao tratamento: de dias do mês do ano dia do mês do ano

Telefone

A ser preenchido por instituição médica

Eu provo que sobre a pessoa (12), o fato é como a seção de 28 a 31

Data

Hospital ou clínica

Endereço

Nome

Nome do médico responsável

Data de aplicação

Código postal

Telefone

Reclamante

Endereço

Nome

Espaço a serem preenchidos pelo próprio requerente

Espaço a ser preenchido pela instituição médica

Espaço a ser preenchido pela empresa

* Consultar a instituição supervisora ao apresentar se a certificação da empresa não puder ser obtida

Requerimento de concessão do Benefício compensatório por invalidez/ Benefícios por Invalidez para Trabalhadores de Múltiplos Empreendimentos (Formulário modelo 10)

Exemplo de preenchimento

Uso de 16-7 para ferimentos no trânsito

Se desconhecer, peça para o empregador preencher

Descreva o local do acidente, o conteúdo do serviço na hora do acidente e outras condições

Anote somente se você estiver recebendo a aposentadoria da Previdência Social e outros similares do mesmo acidente

Circule o sexo correspondente (MASC “男” - FEM “女”)

Número do seguro de indenização de acidentes industriais

Causas e condições de acidente

Campo de certificação do empregador

Parte e sintoma de problemas existentes

Instituição financeira ou correios onde se espera a transferência da pensão

Nome da instituição financeira

Nome da agência

Número de assinatura da caderneta bancária

Nome da poupança postal (Katakana)

Nome da poupança postal

Endereço

Número de assinatura da caderneta bancária

Código postal

Telefone

Data de aplicação

Reclamante

Endereço

Nome

Instituição financeira ou correios onde se espera a transferência da pensão

Nome da agência

Número de conta Titular

Espaço a serem preenchidos pelo próprio requerente

Espaço a ser preenchido pela empresa

様式第10号(裏面)

有 者の場合のその数 (ただし数箇の事業場を有する者)		⑨その他就業先の有無	
無	社	労働保険事務組合加入の有無	
労働保険番号(特別加入)	加入年月日	年	月 日
	給付基礎日額		円

【注意】

- 1 空白欄には記載しないこと。
- 2 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 3 ③の労働者の「所属事業場名称・所在地」欄には、労働者の直接所属する事業場が「適用の取扱を受けられている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。
- 4 ⑦には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれる場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金を業上の傷病のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に換算したときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
- 5 ⑧には、負傷又は発病の日以前1年間(雇入後1年に満たない者については、雇入後の期間)に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を超える期間ごとに支払われる賃金の総額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
- 6 請求人(申請人)が傷病補償年金又は療養事業労働者傷病年金を受けていた者であるときは、
 - (1) ①、④及び⑤には記載する必要がないこと。
 - (2) ②には、傷病補償年金又は療養事業労働者傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
 - (3) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 7 請求人(申請人)が特別加入者であるときは、
 - (1) ①には、その者の給付基礎日額を記載すること。
 - (2) ⑤は記載する必要がないこと。
 - (3) ④及び⑥の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
 - (4) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 8 ⑩については、障害補償年金、療養事業労働者障害年金又は障害特別年金の支給を受けることとなる場合において、障害補償年金、療養事業労働者障害年金又は障害特別年金の払渡しを金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)から受けることを希望する者にあつては「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、障害補償年金、療養事業労働者障害年金又は障害特別年金の払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄に、それぞれ記載すること。なお、郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振込によらないときは、「預金通帳の記号番号」の欄に記載する必要はないこと。
- 9 「個人番号」の欄については、請求人(申請人)の個人番号を記載すること。
- 10 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「請求人(申請人)の氏名」欄の下の口にレ点を記入すること。
- 11 ⑨「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載する必要がないこと。
- 12 療養事業労働者障害年金の請求は、障害補償年金の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされること。
- 13 ⑨「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、療養事業労働者障害年金の請求はないものとして取り扱うこと。
- 14 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、障害補償年金のみで請求されることとなること。

No caso de ser empregado em vários locais de trabalho, faça um círculo em 有 e indique o número de locais de trabalho. É necessário preencher as Folhas Separadas 1 e 3 do Formulário modelo 8 para cada local de trabalho (ou o Formulário 16-6 para ferimentos no trânsito). Entretanto, é desnecessário se você já tiver apresentado as Folhas Separadas 1 e 3 ao reclamar Ausência Temporária do Trabalho (Compensação) e outros similares Benefícios.

Favor completar no caso de ser empregado em vários locais de trabalho e ter feito um seguro especial.

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
			() —

Requerimento da concessão da pensão compensatória por morte / Pensão de morte para múltiplos trabalhadores de empresas (Formulário modelo 12) Exemplo de preenchimento

Uso de 16-8 para ferimentos no trânsito

Circule o sexo correspondente (MASC "男" - FEM "女")

Número do seguro de indenização de acidentes industriais

Data do ferimento ou do ataque

Se desconhecer, peça para o empregador preencher

Nome (Katakana) / Nome

Idade

Categoria de ocupação

Data de recuperação da ferida

Salários médios

Total de salário especial em um ano

A causa e condição de acidente

Relato com o recebimento do seguro de pensão de funcionários de

O valor da pensão emitida

A data de início quando a pensão foi emitida

Número universal de pensão e código de pensão do certificado de pensão do funcionário

O escritório local do seguro social

Anote somente se estiver recebendo a aposentadoria da Previdência Social e outros similares, referente o mesmo acidente

Campo de certificação do empregador

Nome

Data de nascimento

Endereço

Relação com o trabalhador

Presença de deficiência

Caso esteja com deficiência circule(sim "ある") e do contrário, circule(não "ない")

Anote o nome dos requerentes, data de nascimento, endereço, relação com o trabalhador e a presença de deficiência

Nome

Data de nascimento

Endereço

Relação com o trabalhador

Presença de deficiência

Caso o sustento seja em conjunto com requerente, circule (sim "いる"), do contrário circule (não "いない").

Anote os nomes das pessoas que podem receber a pensão compensatória por morte/ pensão de morte de múltiplos trabalhadores da empresa, excluindo requerentes

Nome do documento anexado

Nome da instituição financeira

Nome da agência

Número de assinatura da caderneta bancária

Nome da poupança postal

Endereço

Número de assinatura da caderneta bancária

Instituição financeira ou correios onde se espera a transferência da pensão

Código postal

Telefone

Endereço

Nome

Reclamante

Nome da agência/instituição financeira ou agência dos correios onde se espera a transferência da pensão

Nome

Nome da agência

Número de conta

Titular

Espaço a serem preenchidos pelo próprio requerente

Espaço a ser preenchido pela empresa

No caso de ser empregado em vários locais de trabalho, faça um círculo em **有** e indique o número de locais de trabalho. É necessário preencher as Folhas Separadas 1 e 3 do Formulário modelo 8 para cada local de trabalho (ou o Formulário 16-6 para ferimentos no trânsito). Entretanto, é desnecessário se você já tiver apresentado as Folhas Separadas 1 e 3 ao reclamar Ausência Temporária do Trabalho (Compensação) e outros similares Benefícios.

様式第12号(背面)

有		期	
有の場合のその職 [ただし裏面の事業場を含まない]	社	労働保険事務所又は特別加入団体の名称	
労働保険番号(特別加入)	加入年月日	年	月
	記付基礎日数	日	月

- 1 全行欄には記載しないこと。
- 2 事項を漏れず記載する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 3 ①の死亡労働者の「所属事業場名称・所在地」欄には、死亡労働者が直接所属していた事業場が一括適用の取扱いを受けている場合には、死亡労働者が直接所属していた支店、工事現場等を記載すること。
- 4 ②には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
- 5 ③には負傷又は療病の日以前1年間(雇入後1年に満たない者については、雇入後の期間)に支払われた労働基準法第12条第4項の日当りを超える期間中に支払われる賃金の総額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
- 6 死亡労働者が傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金を受けていた場合には、
 - (1) ①、②及び③には記載する必要がないこと。
 - (2) ②には、傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
 - (3) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 7 死亡労働者が特別加入者であった場合には、
 - (1) ②にはその者の給付基礎日数を記載すること。
 - (2) ③は記載する必要がないこと。
 - (3) ②及び③の事項を証明することができる書類その他の資料を添付すること。
 - (4) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 8 ④から⑥までに記載することができない場合には、別紙を付して所要の事項を記載すること。
- 9 この請求書(申請書)には、次の書類その他の資料を添付すること。ただし、個人番号が未提出の場合を除き、(2)、(3)及び(6)の書類として住民票の写しを添付する必要はないこと。
 - (1) 労働者の死亡に際して市町村長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視調査に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類
 - 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族と死亡労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本(請求人(申請人)又は請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族が死亡労働者と婚姻の届出をしていない事実上婚姻関係と同様の事情にあつた者であるときは、その事実を証明することができる書類)
 - 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族(労働者の死亡の当時胎児であつた子を除く。)が死亡労働者の収入によつ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(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族のうち労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にある者については、その事実を証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
 - 請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族のうち、請求人(申請人)と生計を同じくしている者については、その事実を証明することができる書類
 - 障害の状態にある者については、労働者の死亡の時以降障害の程度にあつ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医師又は歯科医師の診断書その他の資料
- 10 ⑦については、次により記載すること。
 - (1) 遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金の支給を受けることとなる場合において、遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金の払渡しを金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)から受けることを希望する者については「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金の払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から受けることを希望する者については「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄に、それぞれ記載すること。
なお、郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振込によらないときは、「預金通帳の記号番号」欄には記載する必要はないこと。
 - (2) 請求人(申請人)が2人以上ある場合において代表者を選任しないときは、最も最初の請求人(申請人)について記載し、その他の請求人(申請人)については別紙を付して所要の事項を記載すること。
- 11 「個人番号」の欄については、請求人(申請人)の個人番号を記載すること。
- 12 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「請求人(申請人)の氏名」欄の下の□にレ点を記入すること。
- 13 ⑧「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載する必要がないこと。
- 14 複数事業労働者遺族年金の請求は、遺族補償年金の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされること。
- 15 ⑨「その他就業先の有無」欄に記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者遺族年金の請求はないものとして取り扱うこと。

Favor completar no caso de ser empregado em vários locais de trabalho e ter feito um seguro especial.

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
			()

Requerimento da concessão do pagamento único compensatório por morte / Soma de múltiplos trabalhadores de negócios que sobrevivem à família (Formulário modelo 15) Exemplo de preenchimento

様式第15号(表面)

Uso de 16-9 para ferimentos no trânsito

Circule o sexo correspondente (MASC “男” - FEM “女”)

Se desconhecer, peça para o empregador preencher

Descreva o local do acidente, o conteúdo do serviço na hora do acidente e outras condições

Anote os nomes dos requerentes, datas de nascimento, endereços, relação com o/a trabalhador/a e a presença de deficiência

労働者災害補償保険
遺族補償一時金 支給請求書
遺族特別支給一時金 支給申請書
遺族特別一時金 支給申請書

<p>① 労働保険番号</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>府県</td> <td>所掌</td> <td>管轄</td> <td>基礎番号</td> <td>枝番号</td> </tr> </table> <p>② 年金証書の番号</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>種別</td> <td>西暦年</td> <td>番号</td> <td>扶番号</td> </tr> </table>	府県	所掌	管轄	基礎番号	枝番号	種別	西暦年	番号	扶番号	<p>③ プリガナ</p> <p>氏名 (Katakana) Nome</p> <p>氏名 Nome (男・女)</p> <p>生年月日 Endereço (Katakana)</p> <p>生年月日 Endereço</p> <p>生年月日 年 月 日 (歳) Idade</p> <p>職種 Endereço</p> <p>労働者の所在地</p>	<p>④ 負傷又は発病年月日</p> <p>年月日 Data do ferimento ou do ataque</p> <p>午前 時 分 秒</p> <p>⑤ 死亡年月日</p> <p>年月日 Data de recuperação da ferida</p> <p>⑥ 平均賃金</p> <p>円 銭 Salários médios</p> <p>⑦ 特別給与の総額(年額)</p> <p>円 銭 Total de salário especial em um ano</p>																
府県	所掌	管轄	基礎番号	枝番号																							
種別	西暦年	番号	扶番号																								
<p>⑧ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場が(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つて(お)どのような災害が発生したかを簡明に記述すること</p> <p style="text-align: center;">Causa de acidente e situação da ocorrência</p>																											
<p>⑨ の者については、①及び②から⑧までに記載したとおりであることを証明します。</p> <p style="text-align: center;">Campo de certificação do empregador</p> <p>事業の名称</p> <p>事業場の所在地</p> <p>事業主の氏名</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>																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>生年月日</th> <th>住所</th> <th>死亡の親類との関係</th> <th>請求人(申請人の代表者)を 選任しないときはその理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>氏名 Nome</td> <td>生年月日 Data de nascimento</td> <td>住所 Endereço</td> <td>死亡の親類との関係 Relação com o trabalhador</td> <td>請求人(申請人の代表者)を 選任しないときはその理由</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>生年月日</td> <td>住所</td> <td>死亡の親類との関係</td> <td>請求人(申請人の代表者)を 選任しないときはその理由</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>生年月日</td> <td>住所</td> <td>死亡の親類との関係</td> <td>請求人(申請人の代表者)を 選任しないときはその理由</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>生年月日</td> <td>住所</td> <td>死亡の親類との関係</td> <td>請求人(申請人の代表者)を 選任しないときはその理由</td> </tr> </tbody> </table>			氏名	生年月日	住所	死亡の親類との関係	請求人(申請人の代表者)を 選任しないときはその理由	氏名 Nome	生年月日 Data de nascimento	住所 Endereço	死亡の親類との関係 Relação com o trabalhador	請求人(申請人の代表者)を 選任しないときはその理由	氏名	生年月日	住所	死亡の親類との関係	請求人(申請人の代表者)を 選任しないときはその理由	氏名	生年月日	住所	死亡の親類との関係	請求人(申請人の代表者)を 選任しないときはその理由	氏名	生年月日	住所	死亡の親類との関係	請求人(申請人の代表者)を 選任しないときはその理由
氏名	生年月日	住所	死亡の親類との関係	請求人(申請人の代表者)を 選任しないときはその理由																							
氏名 Nome	生年月日 Data de nascimento	住所 Endereço	死亡の親類との関係 Relação com o trabalhador	請求人(申請人の代表者)を 選任しないときはその理由																							
氏名	生年月日	住所	死亡の親類との関係	請求人(申請人の代表者)を 選任しないときはその理由																							
氏名	生年月日	住所	死亡の親類との関係	請求人(申請人の代表者)を 選任しないときはその理由																							
氏名	生年月日	住所	死亡の親類との関係	請求人(申請人の代表者)を 選任しないときはその理由																							
<p>⑩ 添付する書類その他の資料名</p> <p>遺族補償一時金の支給を請求します。</p> <p>遺族特別支給一時金の支給を申請します。</p>																											
<p>⑪ 申請日</p> <p>年月日</p> <p>労働局長 殿</p> <p>労働局長 殿</p> <p>労働局長 殿</p>																											
<p>⑫ 郵便番号</p> <p>〒</p> <p>⑬ 電話番号</p> <p>〒</p>																											
<p>⑭ 請求人の住所</p> <p>請求人(代表者)の住所</p> <p>氏名</p>																											
<p>⑮ 請求人の住所</p> <p>請求人(代表者)の住所</p> <p>氏名</p>																											
<p>⑯ 預金の種類及び口座番号</p> <p>預金種類</p> <p>口座番号</p>																											

Espaço a serem preenchidos pelo próprio requerente

Espaço a ser preenchido pela empresa

様式第15号(裏面)

有		有の場合のその数 (ただし裏面の事業場を含まず)	
無		無の場合のその数 (ただし裏面の事業場を含まず)	
労働保険番号(特別加入)		加入年月日	
		給付基礎日額	

No caso de ser empregado em vários locais de trabalho, faça um círculo em 有 e indique o número de locais de trabalho. É necessário preencher as Folhas Separadas 1 e 3 do Formulário modelo 8 para cada local de trabalho (ou o Formulário 16-6 para ferimentos no trânsito). Entretanto, é desnecessário se você já tiver apresentado as Folhas Separadas 1 e 3 ao reclamar Ausência Temporária do Trabalho (Compensação) e outros similares Benefícios

Favor completar no caso de ser empregado em vários locais de trabalho e ter feito um seguro especial.

- 1 事項と連関する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- 2 ①には、死亡労働者の遺族補償年金又は労働事業労働者遺族年金に係る年金請求の番号を記載すること。
- 3 ②の死亡労働者の労働事業関係名称・所在地欄には、死亡労働者が被保険者であった事業場が一般遺族の取扱を受けずに、死亡労働者が被保険者であった事業場を記載すること。
- 4 平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間中の賃金を算定上の場所の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、算定した平均賃金に相当する額を④に記載すること。
- 5 ⑤には負傷又は業務外の事由による休業期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間中の賃金を算定上の場所の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、算定した平均賃金に相当する額を④に記載すること。
- 6 死亡労働者が労働関係開始時、労働事業労働者扶養給付及び労働特別支給金の支給を受けていなかった場合又は死亡労働者に遺族補償年金又は労働事業労働者遺族年金が支給されていた場合には、⑥の平均賃金の算定内訳及びその特別給付の総額(年間の算定内訳を別紙の様式第15号の別紙1に内訳を記載し添付すること。)を付して記載すること。ただし、既に算出されている場合は除く。
- 7 死亡労働者に関する遺族補償年金又は労働事業労働者遺族年金が支給されていた場合又は死亡労働者が遺族補償年金若しくは労働事業労働者遺族年金を受けなかった場合には、
 - (1) ⑥、⑦の欄には記載する必要がないこと。
 - (2) 事業場の説明は受ける必要がないこと。
- 8 死亡労働者が特別加入者であった場合には、
 - (1) ⑥にはその者の給付基礎日額を記載すること。
 - (2) ⑦には記載する必要がないこと。
 - (3) 事業場の説明は受ける必要がないこと。
- 9 ⑧及び⑨の欄に記載することができない場合は、別紙を付して所定の事項を記載すること。
- 10 この請求書(申請書)には、次の書類を添えること。
 - (1) 請求人(申請人)が死亡した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主張し、その事実を証明することができる書類
 - (2) 請求人(申請人)が死亡した労働者の収入によって生活が維持していた者であると主張し、その事実を証明することができる書類
 - (3) 労働者の死亡の日時遺族補償年金又は労働事業労働者遺族年金を受けようとする者が遺族がない場合や遺族補償一時金若しくは労働事業労働者遺族一時金の支給の請求又は遺族特別支給金若しくは遺族特別一時金の支給の申請の申請であるときは、次の書類
 - 労働者の死亡に際して市町村長が提出した死亡診断書、実情調査書若しくは検視簿に記載してある事項についての市町村長の説明書又はこれに代わる書類
 - 請求人(申請人)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戸籍簿謄本又は住民票(1)の写本を添付する場合を除く。
 - (4) 遺族補償年金又は労働事業労働者遺族年金を受けようとする者の権利が消滅し、他に遺族補償年金又は労働事業労働者遺族年金を受けようとする遺族がない場合や遺族補償一時金若しくは労働事業労働者遺族一時金の支給の請求又は遺族特別一時金の支給の申請であるときは、(3)の1の書類(1)の書類を添付する場合を除く。
- 11 死亡労働者が特別加入者であった場合には、⑧及び⑨の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
- 12 ⑩の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第15号の別紙1をその他就業先ごとに記載すること。その他、その他就業先ごとに様式第15号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。
- 13 労働事業労働者遺族一時金が請求し、遺族補償一時金の支給決定がなされた場合、両って請求されなかったらの上とみなされること。
- 14 ⑩「その他就業先の有無」欄に記載がない場合は既取扱されていない場合は、労働事業労働者遺族一時金の請求はしないものとして取り扱うこと。

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
			()

Requerimento das despesas de funeral ou Benefício de ritual funeral para Trabalhadores de Múltiplos Empreendimentos (Formulário modelo 16) Exemplo de preenchimento

様式第16号(表面)
 業務災害用
 複数事業労働者災害用

Uso de 16-10 para ferimentos no trânsito

Circule o sexo correspondente (MASC “男” - FEM “女”)

労働者災害補償保険 保険料又は複数事業労働者保険給付請求書	
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 管轄局 種別 西暦年 番号	③ フリガナ 氏名 住所 死亡労働者との関係
④ フリガナ 氏名 生年月日 職業種 所屬事業場 名称所在地	⑤ 関係又は発症年月日 年 月 日 午前 午後 時 分 秒 ⑥ 死亡年月日 年 月 日 ⑦ 平均賃金 円 銭
⑧ 災害の原因及び発生状況 (お) どのような場所で行っていた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	
A causa e condição de acidente	
⑨ の者については、⑤、⑥及び⑦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)	
Campo de certificação do empregador	
⑩ 添付する書類その他の資料名 上記により保険料又は複数事業労働者保険給付の支給を請求します。 年 月 日 労働基準監督署長 殿	⑪ 添付する書類その他の資料名 請求人の住所 氏名 電話番号 郵便番号 電話番号
Instituição financeira ou correios onde se espera a transferência da pensão	
届込を希望する金融機関の名称 銀行・企業 郵便・通関・信組 名称	預金の種類及び口座番号 本店・本所 出払所 支店・支所 普通・活期 定期 口座名義人 名称 番号 Titular

Descreva o local do acidente, o conteúdo do serviço na hora do acidente e outras condições

Espaço a serem preenchidos pelo próprio requerente

Espaço a ser preenchido pela empresa

様式第16号(裏面)

⑩その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし兼従の事業場を含まない)
無	社 (ただし兼従の事業場を含まない) 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)	加入年月日 年 月 日
	給付基礎日額 円

1. 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
2. ②には、死亡労働者の傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
3. ③の死亡労働者の所属事業場名称・所在地欄には、死亡労働者が直接所属していた事業場が一位の労働者を受け付けている場合に、死亡労働者が直接所属していた支店、工事現場等を記載すること。
4. 平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金を算定する額がその期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に満たないときは、当該みなした平均賃金に相当する額を④に記載すること。(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
5. 死亡労働者に関し遺族補償給付若しくは複数事業労働者遺族給付が支給されていた場合又は死亡労働者が傷病補償年金若しくは複数事業労働者傷病年金を受けていた場合には、①、③及び④は記載する必要がないこと。事業主の証明は受ける必要がないこと。
6. 死亡労働者が特別加入者であった場合は、⑤にはその者の給付基礎日額を記載すること。
7. この請求書には、労働者の死亡に関して市町村長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視録書に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類を添付すること。
8. 死亡労働者が特別加入者であった場合には、⑤及び⑥の事項を証明することができる書類を添付すること。
9. 遺族補償給付又は複数事業労働者遺族給付の支給の請求書が提出されている場合には、7及び8による書類の添付は必要でないこと。
10. ⑩の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。
11. 複数事業労働者葬祭給付の請求は、葬祭料の支給決定がなされた場合、遅って請求されなかったものとみなされること。
12. ⑩「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者葬祭給付の請求はないものとして取り扱うこと。

No caso de ser empregado em vários locais de trabalho, faça um círculo em 有 e indique o número de locais de trabalho. É necessário preencher as Folhas Separadas 1 e 3 do Formulário modelo 8 para cada local de trabalho (ou o Formulário 16-6 para ferimentos no trânsito). Entretanto, é desnecessário se você já tiver apresentado as Folhas Separadas 1 e 3 ao reclamar Ausência Temporária do Trabalho (Compensação) e outros similares Benefícios

Favor completar no caso de ser empregado em vários locais de trabalho e ter feito um seguro especial.

社会保険 労働者 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
			() —

Requerimento da concessão do benefício compensatório de assistência de cuidados de enfermagem/Benefício de cuidados de enfermagem para trabalhadores de múltiplos empreendimentos e outros similares (Formulário modelo 16-2-2) Exemplo de preenchimento

Ou faça um círculo em torno dos pagamentos do seguro que você está reivindicando, ou risque os pagamentos do seguro que você não está reivindicando.
(Exemplo) No caso de lesão no emprego ou lesão por múltiplos fatores de emprego, faça um círculo em torno de 介護補償給付及び複数教事業労働者介護給付, ou risque 介護給付

Assinale com "✓" o tipo de aposentadoria que está recebendo e anote o grau de invalidez ou doença

Caso tenha recebido o certificado da pensão, anote o número do certificado

Anote a era, o ano e o mês na sequência. (Anote 7, caso seja a Era Heisei. Anote 9, caso seja a Era Reiwa.)

Somente preencha o espaço a direita com o nome do banco, titular da conta e os itens 30 a 33 quando desejar notificar a conta nova, ou quando houver alteração na conta notificada anteriormente

Caso receba assistência em casa, circule a opção "イ", e caso receba assistência em uma instituição, circule a opção "ロ"

Anote o nome, data de Nascimento, grau de parentesco e o período da assistência (a data do início e fim da assistência) e o total de dias da assistência. Se o grau de parentesco se enquadrar nas letras "ハ" e "ニ", não é necessário anotar o nome, data de nascimento e grau de parentesco.

Formulário modelo 16-2-2 (Exemplo)

35290

Trabalhadores

deficiência física classe

Ferida

Data de nascimentos

Nome (Katakana)

Nome

Endereço

Anos de objeto

Dias

Anote o número de dias que recebeu a assistência paga de terceiros

Nome

Nome da agência

Titular da conta

Tipo de depósito

Número de conta

Titular de conta (Katakana)

Titular de conta (continuação)

Endereço

Nome

Morada instalações etc.

Período e dias de enfermagem

Nome

Data de nascimento

Ligação

divisão

Se a pessoa que fornece assistência seja um familiar, circule a opção "イ", no caso de amigo ou conhecido, circule a opção "ロ", e caso seja uma enfermeira ou atendente à domicílio, circule a opção "ハ" e caso seja um funcionário de alguma instalação, circule a opção "ニ".

Documento anexado

Código postal

Telefone

Endereço

Endereço

Nome

Afirma-o em relação ao fato de que a enfermagem

Endereço

Nome

Telefone

Endereço

Nome

Telefone

Modelos de formulários de requerimento de cada benefício e local a apresentar

Tipo de Benefício	Especificação do Acidente	Nome do Formulário	Modelo do Formulário	A quem apresentar
Benefício (compensação) e outros similares de tratamento médico	Lesão no emprego, Lesão por múltiplos fatores de emprego	Requerimento do benefício de tratamento médico para compensação de tratamento médico e Benefícios médicos para trabalhadores de múltiplas empresas	5	Delegado da Delegacia do Trabalho da jurisdição local, através de hospital, farmácia e outros similares.
	Acidente no trajeto de trabalho	Requerimento do benefício de tratamento médico para benefício de tratamento médico	16-3	
	Lesão no emprego, Lesão por múltiplos fatores de emprego	Requerimento do ressarcimento das despesas de tratamento médico para benefício de tratamento médico e Benefícios médicos para trabalhadores de múltiplas empresas	7	
	Acidente no trajeto de trabalho	Requerimento do ressarcimento das despesas de tratamento médico para benefício de tratamento médico	16-5	
Benefício (compensação) e outros similares de afastamento do trabalho	Lesão no emprego, Lesão por múltiplos fatores de emprego	Requerimento da concessão do benefício compensatório por afastamento de trabalho e Trabalhadores Múltiplos Ausência de Benefícios do Trabalho	8	
	Acidente no trajeto de trabalho	Requerimento da concessão do benefício por afastamento de trabalho	16-6	
Benefício (compensação) e outros similares por invalidez	Lesão no emprego, Lesão por múltiplos fatores de emprego	Requerimento da concessão do benefício compensatório por invalidez e Benefícios de Deficiência de Múltiplos Trabalhadores Empresariais	10	
	Acidente no trajeto de trabalho	Requerimento da concessão do benefício por invalidez	16-7	
Benefício (compensação) e outros similares por morte	Lesão no emprego, Lesão por múltiplos fatores de emprego	Requerimento da concessão da pensão compensatória por morte e Trabalhadores de Empresas Múltiplas que Sobrevivem à Pensão Familiar	12	Delegacia do Trabalho da jurisdição local
	Acidente no trajeto de trabalho	Requerimento da concessão da pensão por morte	16-8	
	Lesão no emprego, Lesão por múltiplos fatores de emprego	Requerimento da concessão do pagamento único compensatório por morte e Trabalhadores de Múltiplos Negócios que Sobrevivem à Soma Familiar	15	
	Acidente no trajeto de trabalho	Requerimento da concessão do pagamento único por morte	16-9	
Despesas de funeral e outros similares (benefício de funeral)	Lesão no emprego, Lesão por múltiplos fatores de emprego	Requerimento das despesas de funeral e Benefícios dos Rituais Funerários dos Trabalhadores de Múltiplos Negócios	16	
	Acidente no trajeto de trabalho	Requerimento do benefício de funeral	16-10	
Benefício (compensação) e outros similares de assistência de terceiros		Requerimento do benefício compensatório de assistência de terceiros/concessão de benefícios de assistência de terceiros/ Benefícios de cuidados de enfermagem para trabalhadores de múltiplas empresas	16-2-2	