

SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

**PROCEDIMIENTOS PARA LA SOLICITUD DEL PAGO  
DE SUBSIDIOS PARA (LA COMPENSACION POR)  
TRATAMIENTOS MEDICOS**

Quando la persona recibe  
tratamientos médicos para una lesión o  
enfermedad a causa de un accidente  
sufrido durante el trabajo o viajes  
al/del trabajo.

MINISTERIO DEL TRABAJO  
OFICINAS PREFECTURALES DE CONTROL DE CONDICIONES DE  
TRABAJO  
COMISARIA SUPERVISORA DE CONDICIONES DE TRABAJO



Cuando un/a trabajador/ra recibe tratamientos médicos para una lesión o enfermedad a causa de un accidente sufrido durante el trabajo o viajes al/del trabajo, se pagan subsidios para la compensación por tratamientos médicos en caso de accidentes sufridos durante el trabajo, y subsidios para tratamientos médicos en caso de accidentes sufridos durante el viaje al/del trabajo, que en adelante se referirá como : "subsidios para (la compensación por) tratamientos médicos" a ambos.

Los subsidios para (la compensación por) tratamientos médicos consiste en un subsidio para tratamientos médicos y un subsidio para los gastos médicos.

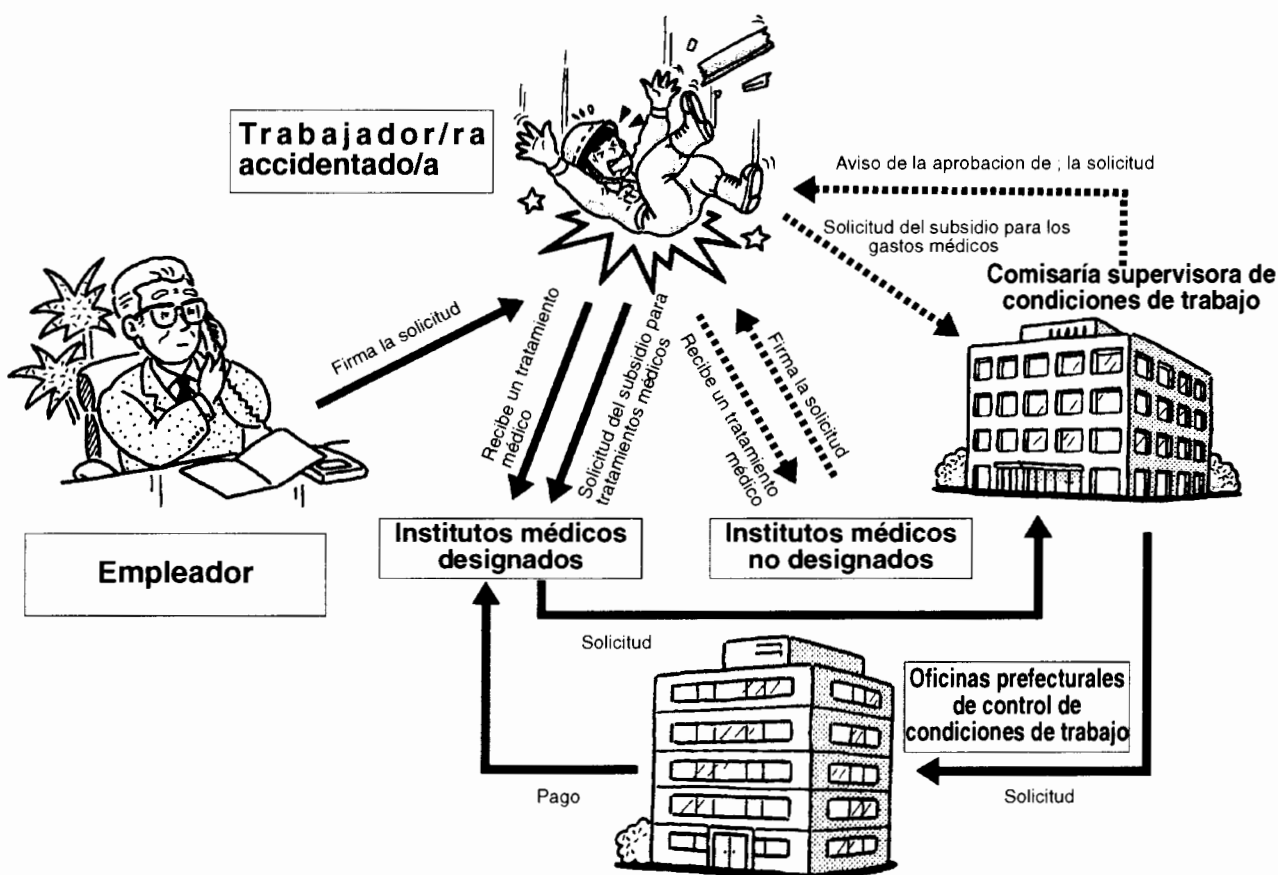
## CLASES DEL SUBSIDIO :

- "El subsidio para tratamientos médicos" significa tratamientos gratuitos que ofrecen los hospitales para los trabajadores, institutos médicos designados, farmacias, etc., que en adelante se referirán como institutos designados para el tratamiento médico.
  - "El subsidio para los gastos médicos" se efectuará en forma de dinero en efectivo para cubrir los gastos para recibir tratamientos médicos en algún instituto médico o farmacia no designados por no haber institutos designados cerca.
  - El alcance y el período de los tratamientos médicos son los mismos para ambos subsidios.
- Los subsidios para (la compensación por) tratamientos médicos incluyen los gastos médicos, gastos para la enfermería, gastos para el transporte, que sean necesarios para recibir tratamientos médicos, y se extenderán hasta que la lesión o la enfermedad se cure.

### \*La definición de la "cura" :

Los subsidios para (la compensación por) tratamientos médicos se extenderán hasta que se cure la lesión o la enfermedad. El termino "cura" se refiere al estado de la lesión o la enfermedad que se estabiliza y no se puede esperar mayor efecto de los tratamientos médicos generalmente practicados, llamándolo una "consolidación del estado", por lo que no necesariamente significa la recuperación del estado físico original.

## PROCEDIMIENTOS PARA LA SOLICITUD



- Para la solicitud del subsidio para tratamientos médicos : Favor de presentar el formulario para la solicitud del subsidio para la compensación por tratamientos médicos (Formulario No. 5) o el formulario para la solicitud del subsidio para tratamientos médicos (Formulario No. 16-3) al comisionado supervisor de condiciones de trabajo competente a través del instituto médico designado donde recibe el tratamiento.
- Para la solicitud del subsidio para los gastos médicos : Favor de presentar al comisionado supervisor de condiciones de trabajo competente el formulario para la solicitud del subsidio para la compensación de los gastos médicos (Formulario No. 7) o el formulario para la solicitud del subsidio para los gastos médicos (Formulario No. 16-5).
- Para cambiar del instituto médico designado a otro :  
Cuando uno cambie del instituto médico designado donde recibe el tratamiento a otro designado a causa de la mudanza, etc., habrá que presentar al comisionado supervisor de condiciones de trabajo competente "El aviso sobre el cambio del instituto médico designado para el subsidio para la compensación por tratamientos médicos" (Formulario No. 6) o "El aviso sobre el cambio del instituto médico designado para el subsidio para los gastos médicos" (Formulario No. 16-4) a través del nuevo instituto.

---

## **FECHA LIMITE PARA LA SOLIDCITUD**

---

En cuanto al subsidio para la compensación por tratamientos médicos que se efectúa en forma de tratamientos médicos reales, no existe una fecha límite, pero para el subsidio para los gastos médicos caduca el derecho a recibirlo dentro de dos años contados desde el día en que se decida el monto de los gastos médicos.



# Example of How to Fill in the Application

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険

療養補償給付たる療養の給付請求書

裏面に記載してある注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

標準字体

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン	
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ズ	フ	ム	ユ	ル	
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ		
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	

① 票種別 A-3

② 管轄局番 ③ 業通別 ④ 保留 ⑤ 受付年月日

※ 3 4 5 0 0

⑥ 府県 ⑦ 支店 ⑧ 支店番号 ⑨ 支店番号

⑩ 性別 ⑪ 労働者の生年月日 ⑫ 負傷又は発病年月日 ⑬ 再発年月日

⑭ 三者 ⑮ 特養 ⑯ 特別加入者

氏名 A-7 (歳) A-9

フリガナ

住所 A-10

職種 A-11

⑰ 負傷又は発病の時刻  
午後 A-12 分頃

⑱ 現認者の職名、氏名  
職名 A-13  
氏名 A-14

⑲ 災害の原因及び発生状況 A-15

⑳ 指定病院等の名称 A-16 局番  
電話番号  
所在地 郵便番号

㉑ 傷病の部位及び状態 A-17

㉒ 事業の名称 A-18 局番  
電話番号  
事業場の所在地 A-19 郵便番号

㉓ 事業主の氏名 A-20

労働者の所属事業場の名称・所在地 A-21 局番  
電話番号

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。 A-23 年 月 日

A-22 労働基準監督署長 宛

郵便番号 A-24 電話番号 A-25 局番

病診療所 訪問看護事業者 請求人の住所 A-27 (方)  
氏名 A-28 A-29

支不支給 給決定 決定決議 書	署長	次長	課長	係長	係	決定年月日
	調査年月日					不支給の理由
	復命書番号	第	号	第	号	第

(物品番号 7210 6.11)

- A - ① -----> 1. Este es el "Formulario para la solicitud de los subsidios para la compensación por tratamientos médicos.
- A - ② -----> 2. En caso de accidentes durante el viaje al/del trabajo, por favor presente el formulario No. 16-3.
- A - ③ -----> 3. Este espacio es para escribir el número de la póliza del seguro para trabajadores. En caso de no saberlo, por favor pregunte al empleador.
- A - ④ -----> 4. Escriba el sexo del/la trabajador/ra accidentado/a. Si es masculino, escriba "1", y si es femenino, "2".
- A - ⑤ -----> 5. Escriba la fecha de nacimiento del/la trabajador/ra accidentado/a según el calendario japonés.
- A - ⑥ -----> 6. Escriba la fecha en que lesionó o cayó enfermo según el calendario japonés.
- A - ⑦ -----> 7. Escriba lo más concretamente posible la clase de trabajo que hacía el/la trabajador/ra.
- A - ⑧ -----> 8. Escriba el nombre del/la trabajador/ra accidentado/a en "katakana". En caso de no saberlo, pida a una persona que lo sepa pronunciando exactamente cómo se lee.
- A - ⑨ -----> 9. Escriba la edad del trabajador/ra accidentado/a.
- A - ⑩ -----> 10. Escriba la dirección del trabajador/ra accidentado/a.
- A - ⑪ -----> 11. Escriba lo más concretamente posible la clase de trabajo que hacía.
- A - ⑫ -----> 12. Escriba la fecha y la hora cuando sufrió la lesión o se enfermó.
- A - ⑬ -----> 13. Escriba la clase de trabajo que hacía la persona que confirmó el accidente.
- A - ⑭ -----> 14. Escriba el nombre de la persona que confirmó el accidente.
- A - ⑮ -----> 15. Describa lo más concretamente posible, cuándo, en qué situación y cómo tuvo el accidente.
- A - ⑯&⑰ -----> 16 y 17. Escriba el nombre y la dirección del instituto médico en el espacio 16, y en el 17, la parte lesionada o enferma. Estos espacios los llenará el médico.
- A - ⑱&⑳ -----> 18 - 20. Estos espacios son para que el empleador confirme cuándo y cómo el/la trabajador/ra sufrió el accidente. Para la confirmación, el empleador deberá escribir el nombre de la empresa en el espacio 18, la dirección de la misma en el 19 y el nombre del empleador en el 20.
- A - ㉑ -----> 21. En caso de que el/la difunto/a trabajaba en una sucursal, fábrica o un sitio de construcción, incluidos en el seguro de la empresa, por favor escriba el nombre y la dirección de ese lugar.
- A - ㉒ -----> 22. Escriba el nombre de la comisaría supervisora de condiciones de trabajo a cuya jurisdicción pertenece el lugar de trabajo.
- A - ㉓ -----> 23. Escriba la fecha en que presenta la solicitud.
- A - ㉔ -----> 24. Escriba el código postal del solicitante.
- A - ㉕ -----> 25. Escriba el número de teléfono del solicitante.
- A - ㉖ -----> 26. Escriba el nombre del hospital.
- A - ㉗ -----> 27. Escriba la dirección del solicitante.
- A - ㉘ -----> 28. Escriba el nombre del solicitante.
- A - ㉙ -----> 29. Selle o firme.
- Por favor deje en blanco los espacios con el signo \*.
  - Por favor pregunte al personal de la comisaría o al empleador sobre las cosas que no sepa o no entienda.

# In the Case of Commuting Accident

様式16号の3 (裏面) B - ① 通勤災害に関する事項

① 負傷又は発病の時刻	午 前 後 時 分	B - ②	② 災害発生の場所	B - ③
④ 災害発生の日の就業の場所	B - ④		③ 災害発生の日の就業開始の予定時刻又は就業終了の時刻	午 前 後 時 分
⑤ 災害発生の日に住居を離れた時刻	午 前 後 時 分	B - ⑥	④ 災害発生の日に就業の場所を離れた時刻	午 前 後 時 分
① 通常の通勤の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況	B - ⑧			
	B - ⑨ (通常の通勤所要時間 時間 分)			
⑦ 災害の原因及び発生状況	B - ⑩			
	B - ⑪			
① 現認者の住所	B - ⑪		電話番号	B - ⑬ 局番
氏名	B - ⑫			

【項目記入にあたっての注意事項】

- 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、⑧欄及び⑩欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。)
- 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、⑤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、⑥及び⑧は記入しないでください。
- ③は、請求人が健康保険の日雇特別被保険者でない場合には記載する必要はありません。
- ④は、災害が出勤の際に生じたものである場合には就業開始の予定時刻を、災害が退勤の際に生じたものである場合には就業終了の時刻を記載してください。
- ⑤は、災害が退勤の際に生じたものである場合には記載する必要はありません。
- ⑥は、災害が出勤の際に生じたものである場合には記載する必要はありません。
- ⑧は、通常の通勤の経路を円示し、災害発生の場所及び災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路を朱線等を用いてわかりやすく記載するとともに、その他の事項についてもできるだけ詳細に記載してください。
- ⑩は、どのような場所を、どのような方法で往復している際に、どのような物で又はどのような状況において、どのようにして災害が発生したかをわかりやすく記載してください。

【標準字体記入にあたっての注意事項】

□□□□ で表示された記入枠に記入する文字は、光学的文字読取装置で直接読取りを行いますので、以下の注意事項に従って、表面の右上に示す標準字体で記入してください。

- 筆記用具は黒ボールペンを使用し、記入枠からはみださないように書いてください。
- 「促音」「よう音」などは大きく書き、濁点、半濁点は1文字として書いてください。

(例) キツテ →     キヨ →     パ →

- は斜の弧を書きはじめるとき、小さくカギをつけてください。
- はカギをつけないで垂直に、 の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削字加字 ㊄	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 ㊄	電話番号
--------------------	--------	--------------------	----------------------	------	------



- B - ① -----> 1. Este formulario está en el dorso del formulario para la solicitud del subsidio para los gastos médicos y se usa en caso de accidentes durante el viaje al/del trabajo. El formulario para la compensación por tratamientos médicos no tiene este formulario.
- B - ② -----> 2. Escriba la fecha y la hora en que la persona sufrió la lesión o cayó enferma.
- B - ③ -----> 3. Escriba el lugar donde tuvo lugar el accidente.
- B - ④ -----> 4. Escriba la dirección donde se encontraba la persona en el día del accidente.
- B - ⑤ -----> 5. Si el accidente ocurrió durante el viaje al trabajo, escriba la hora del comienzo del trabajo, y si fue cuando se retiraba del trabajo, escriba la hora en que había terminado el trabajo.
- B - ⑥ -----> 6. Escriba la hora en que había salido de casa en el día del accidente. No es necesario, sin embargo, si el accidente ocurrió durante el viaje posterior al trabajo.
- B - ⑦ -----> 7. Escriba la hora en que había salido del trabajo en el día del accidente. No es necesario, sin embargo, si el accidente ocurrió durante el viaje anterior al trabajo.
- B - ⑧ -----> 8. Dibuje un plano para indicar el camino que, en general, toma para ir al lugar de trabajo y regresar del trabajo a casa. También indique el lugar donde tuvo lugar el accidente, y el camino que tomaba la persona accidentada desde la casa o del trabajo para llegar al lugar de accidente.
- B - ⑨ -----> 9. Escriba el tiempo que tarda generalmente para llegar al trabajo.
- B - ⑩ -----> 10. Describa lo más concretamente posible dónde, en qué situación y cómo ocurrió el accidente.
- B - ⑪-⑬ -----> 11-13. Estos espacios son para cuando haya personas que puedan confirmar el accidente, fuera de la accidentada. Escriba su dirección en el espacio 11, su nombre en el 12 y su número de teléfono en el 13.

# Example of How to Fill in Application

標準字体  
 〇満点、半満点は一文字として取り換ふこと。(例) カ<sup>〇</sup>ハ<sup>〇</sup>

**C-2** 様式第7号(1)(表面) 労働者災害補償保険

第 〇 回

**C-1** 療養補償給付たる療養の費用請求書(同一傷病分)

療養種別  ①管轄局番  ②業種別

③労働保険番号  ④金融機関

⑤労働者の性別  ⑥労働者の生年月日  ⑦負傷又は発病年月日

⑧補助キー  ⑨受付年月日

⑩シメイ(カタカナ)  ⑪三者コード

⑫労働者の氏名  ⑬就業開始日

⑭労働者の住所  ⑮金融機関店番

⑯就業開始年月日  ⑰就業場所

⑱就業主の氏名  ⑲就業主の電話番号

⑳就業主の所在地  ㉑就業主の氏名

⑳療養の内容  ㉒療養の内容及び金額

㉓療養料  ㉔移送費  ㉕療養の給付を受けなかった理由

㉖療養に要した費用の額

㉗療養期間の初日  ㉘療養期間の末日

㉙療養日数  ㉚転帰事由

請求人の氏名  住所  郵便番号  電話

労働基準監督署長 殿

(物品番号 6261.4.5)

- C - ① ----> 1. Este es el "Formulario para la solicitud del subsidio para la compensación por los gastos de tratamientos médicos."
- C - ② ----> 2. En caso de accidentes durante el viaje al/del trabajo, por favor presente el 「様式16号の5(1)」
- C - ③ ----> 3. Este espacio es para escribir el número de la póliza del seguro para trabajadores. En caso de no saberlo, por favor pregunte al empleador.
- C - ④ ----> 4. Si usted esté recibiendo algún subsidio por el seguro de accidentes de trabajo, por favor escriba aquí el número de la póliza del seguro.
- C - ⑤ ----> 5. Escriba el sexo del/la trabajador/ra accidentado/a. Si es masculino, escriba "1", y si es femenino, "2".
- C - ⑥ ----> 6. Escriba la fecha de nacimiento del/la trabajador/ra accidentado/a según el calendario japonés.
- C - ⑦ ----> 7. Escriba la fecha y la hora cuando sufrió la lesión o se enfermó según el calendario japonés.
- C - ⑧ ----> 8. Escriba el nombre del/la trabajador accidentado/a.
- C - ⑨ ----> 9. Escriba el nombre del/la trabajador accidentado/a en "katakana". En caso de no saberlo, pida a una persona que lo sepa pronunciando exactamente cómo se lee.
- C - ⑩ ----> 10. Escriba la edad del/la trabajador/ra accidentado/a.
- C - ⑪ ----> 11. Escriba la dirección del/la trabajador/ra accidentado/a.
- C - ⑫~⑬ ----> 12-18. Este espacio tiene que llenarse cuando usted abra una nueva cuenta en una institución financiera por la que desea recibir los subsidios o cambie la actual a otra nueva. Marque con un ○ el "新規" cuando se trata de una nueva cuenta, y el "変更" cuando se trata de un cambio a otra. Escriba en el espacio 13 el nombre de la institución financiera, el nombre de la sucursal en el 14, y el nombre del titular de la cuenta en el 15. En el espacio 16, escriba el número de la cuenta y en el 17 el nombre del titular de la misma en "katakana". Si es una cuenta de ahorros, escriba "1" en el espacio 18, y si es una cuenta corriente, escriba "3" en el mismo.
- C - ⑰~⑱ ----> 19-21. Estos espacios son para que el empleador confirme cuándo y cómo el/la trabajador/ra sufrió el accidente. Para la confirmación, el empleador deberá escribir el nombre de la empresa en el espacio 19, la dirección de la misma en el 20 y el nombre del empleador en el 21.
- C - ⑳~㉘ ----> 22-28. Estos espacios son para el médico o el dentista. Escriba el período del tratamiento médico en el espacio 22, la parte lesionada o enferma en el espacio 23, el proceso de desarrollo de la lesión o la enfermedad en el 24, el total de los costos para los tratamientos médicos en el 25, la dirección del hospital o clínica en el 26, el nombre del hospital o la clínica en el 27, y el nombre del médico o el dentista encargado en el 28.
- C - ㉙~㉛ ----> 29-31. Estos espacios deben llenarse cuando haya pagado para la enfermería. Escriba el período en que tenía una enfermera. En el espacio 30, marque con un ○ 「有」 si la persona fue una enfermera calificada, y 「無」 en caso contrario. Escriba el total de los costos para la enfermería en el espacio 31.
- C - ㉜~㉞ ----> 32-35. Estos espacios deben llenarse cuando haya pagado para el transporte. Escriba el tramo de transporte en el espacio 32, la distancia del trayecto (ida sola, o ida y vuelta) en el 33, el número de viajes en el 34 y el total de los costos de transporte en el 35.
- C - ㉟&㊱ ----> 36-37. Estos espacios son para escribir los gastos para el tratamiento médico fuera de los arriba mencionados. Escriba el número de recibos de tales gastos con detalle, y el total de los gastos en el 37.
- C - ㊲ ----> 38. Escriba la razón para no reclamar el pago del subsidio para tratamientos médicos.
- C - ㊳ ----> 39. Escriba el monto total para el tratamiento médico (25 + 31 + 35 + 37).
- C - ㊴ ----> 40. Escriba el nombre de la comisaría supervisora de condiciones de trabajo en cuya jurisdicción se encuentra el lugar de su trabajo.
- C - ㊵ ----> 41. Escriba la fecha en que presenta este formulario.
- C - ㊶ ----> 42. Escriba el código postal del solicitante.
- C - ㊷ ----> 43. Escriba el número de teléfono del solicitante.
- C - ㊸ ----> 44. Escriba la dirección del solicitante.
- C - ㊹ ----> 45. Escriba el nombre del solicitante.

# When the Designated Hospital, Etc. is Changed

D - ②

様式第6号

D - ①

労働者災害補償保険

## 療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届

D - ③ 労働基準監督署長 殿

D - ④ 年 月 日

( D - ⑤ 病院 療養所 経由 )  
診療 業 訪問看護事業者

(郵便番号 D - ⑥ )

住所 D - ⑦ 電話番号 D - ⑧ 局番

届出人の

氏名 D - ⑨ D - ⑩ @

下記により療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等を (変更するので) 届けます。

(注 意)

一、事項を選択する場合には該当する事項を丸で囲むこと。  
 二、⑤は、⑥のような場所でも、⑦のような作業をしているときに、⑧のような物・環境又は状態で、  
 三、①④及び⑤は、⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿の  
 ① 傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養に關しこの届書を提出するときは、  
 ② ④及び⑤は、記載する必要があること。  
 ③ ④及び⑤は、記載する必要があること。  
 ④ ⑤は、記載する必要があること。  
 ⑥ ⑦は、記載する必要があること。  
 ⑧ ⑨は、記載する必要があること。  
 ⑩ ⑪は、記載する必要があること。  
 ⑫ ⑬は、記載する必要があること。  
 ⑭ ⑮は、記載する必要があること。  
 ⑯ ⑰は、記載する必要があること。  
 ⑱ ⑲は、記載する必要があること。  
 ⑳ ㉑は、記載する必要があること。  
 ㉒ ㉓は、記載する必要があること。  
 ㉔ ㉕は、記載する必要があること。  
 ㉖ ㉗は、記載する必要があること。  
 ㉘ ㉙は、記載する必要があること。  
 ㉚ ㉛は、記載する必要があること。  
 ㉜ ㉝は、記載する必要があること。  
 ㉞ ㉟は、記載する必要があること。  
 ㊱ ㊲は、記載する必要があること。  
 ㊳ ㊴は、記載する必要があること。  
 ㊵ ㊶は、記載する必要があること。  
 ㊷ ㊸は、記載する必要があること。  
 ㊹ ㊺は、記載する必要があること。  
 ㊻ ㊼は、記載する必要があること。  
 ㊽ ㊾は、記載する必要があること。  
 ㊿は、記載する必要があること。

① 労働保険番号				③ 氏名		D - ⑬ D - ⑭ (男・女)		④ 負傷又は発病年月日	
府県	所管	管轄	基幹番号	枝番号	生年月日	D - ⑮	D - ⑯ (歳)	D - ⑰	D - ⑱
② 年 証 の 番号				労働者の住所	D - ⑰			年 月 日	
管轄局	種別	西暦年	番号	職種	D - ⑱			午前 午後	時 分 項
⑤ 災害の原因及び発生状況									
D - ⑳									
③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。									
年 月 日				事業の名称		郵便番号 - D - ㉑		局番	
				事業場の所在地		D - ㉒		電話番号	
				事業主の氏名		D - ㉓		@	
(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)									
⑥ 指定病院等の変更	変更前の名称	D - ㉔ (労災指定医番号)							
	変更前の所在地	D - ㉕							
	変更後の名称	D - ㉖							
	変更後の所在地	D - ㉗							
	変更理由	D - ㉘							
⑦ 傷病補償年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の	名称	D - ㉙							
	所在地	D - ㉚							
⑧ 傷病名	D - ㉛								

(物品番号 6213) 10.2

- D - ① -----> 1. Este es el "Formulario para el aviso sobre el cambio del instituto médico designado para el subsidio para la compensación por tratamientos médicos."
- D - ② -----> 2. En caso de accidenetes durante el viaje al/del trabajo, por favor presente el formulario 「様式16号の4」.
- D - ③ -----> 3. Escriba el nombre de la comisaría supervisora de condiciones de trabajo a cuya jurisdicción pertenece el lugar de trabajo.
- D - ④ -----> 4. Escriba la fecha en que presenta la solicitud.
- D - ⑤ -----> 5. Escriba el nombre del nuevo hospital.
- D - ⑥ -----> 6. Escriba el código postal del solicitante.
- D - ⑦ -----> 7. Escriba la dirección del solicitante.
- D - ⑧ -----> 8. Escriba el número de teléfono del solicitante.
- D - ⑨ -----> 9. Escriba el nombre del solicitante.
- D - ⑩ -----> 10. Selle o firme.
- D - ⑪ -----> 11. Este espacio es para escribir el número de la póliza del seguro para trabajadores. En caso de no saberlo, por favor pregunte al empleador.
- D - ⑫ -----> 12. Si usted esté recibiendo algún subsidio por el seguro de accidente de trabajo, por favor escriba aquí el número de la póliza del seguro.
- D - ⑬ -----> 13. Escriba el nombre del/de la trabajador/a accidentado/a.
- D - ⑭ -----> 14. Favor de marcar con ○ el sexo del/de la trabajador/a accidentado/a. Si es masculino, marque el "男", y si es femenino, "女".
- D - ⑮ -----> 15. Escriba la fecha de nacimiento del/de la trabajador/a accidentado/a.
- D - ⑯ -----> 16. Escriba la edad del/de la trabajador/a.
- D - ⑰ -----> 17. Escriba la dirección del trabajador/a accidentado/a.
- D - ⑱ -----> 18. Escriba lo más concretamente posible la clase de trabajo que hacia el/la trabajador/a accidentado/a.
- D - ⑲ -----> 19. Escriba la fecha y la hora cuando sufrió la lesión o se enfermó.
- D - ⑳ -----> 20. Describa lo más concretamente posible, cuándo, en qué situación y cómo tuvo el accidente.
- D - ㉑~㉓ -----> 21-23. Este espacio es para que el empleador confirme cuándo y cómo el/la trabajador/a sufrió el accidente. Para la confirmación, el empleador deberá escribir el nombre de la empresa en el espacio 21, la dirección de la misma en el 22 y el nombre del empleador en el 23.
- D - ㉔ -----> 24. Escriba el nombre del hospital designado (u otra institución) anterior.
- D - ㉕ -----> 25. Escriba la dirección del hospital designado (u otra institución) anterior.
- D - ㉖ -----> 26. Escriba el nombre del nuevo hospital designado (u otra institución).
- D - ㉗ -----> 27. Escriba la dirección del nuevo hospital designado (u otra institución).
- D - ㉘ -----> 28. Escriba la razón del cambio del hospital designado (u otra institución).
- D - ㉙&㉚ -----> 29-30. Escriba el nombre del hospital designado (u otra institución) a través del cual recibirá el subsidio para los gastos médicos después de aprobarse la solicitud de las pensiones para la compensación por la lesión o enfermedad en el espacio 29, y su dirección en el 30.
- D - ㉛ -----> 31. Escriba el nombre de la lesión o la enfermedad.