

SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

**PROCEDIMIENTOS PARA LA SOLICITUD  
DE LOS SUBSIDIOS PARA (LA  
COMPENSACION POR) LA INCAPACIDAD**

Cuando el/la trabajador/ra tenga  
incapacidades al curarse de una lesión  
o enfermedad a causa de un accidente  
sufrido durante el trabajo o viajes  
al/del trabajo.

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



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

### La definición de la "cura"

La expresión "al curarse" se refiere a una condición física en la que el estado de una lesión o enfermedad se estabilice y ya no se pueda esperar que tengan efecto los tratamientos médicos generalmente practicados para tal lesión o enfermedad, por lo que la "cura" significa una estabilización del estado de una lesión o enfermedad sin posibilidad alguna de mejora. En caso de una lesión, por ejemplo, la superficie de la parte lesionada se recupera, y en caso de una enfermedad, la condición crítica finaliza aunque continúe una condición crónica, y no se puede esperar que tengan mayor efecto los tratamientos médicos.

De esta manera, la "cura" no necesariamente significa una recuperación completa del estado físico.

### CLASES DEL SUBSIDIO :

Cuando el efecto posterior de una lesión o enfermedad corresponda a alguna de las categorías en la lista de gravedad de las incapacidades, se pagará el subsidio según la gravedad.

- Cuando la gravedad de la incapacidad corresponda a una categoría de entre la primera y la séptima, se pagarán :

Las pensiones para (la compensación por) la incapacidad, el subsidio especial para la incapacidad y las pensiones especiales para la incapacidad.

- Cuando la gravedad de la incapacidad corresponda a una categoría de entre la octava y la décimo cuarta, se pagarán :

El subsidio de una sola vez para (la compensación por) la incapacidad, el subsidio especial para la incapacidad y el subsidio especial de una sola vez para la incapacidad.

## \*LOS MESES PAGADEROS :

Las pensiones para (la compensación por) la incapacidad se pagarán desde el siguiente mes al cumplir los requisitos arriba mencionados, y se pagará el total de dos meses en febrero, abril, junio, agosto, octubre y diciembre.

Grado de incapacidad	Subsidio para (la compensación por) lesiones o enfermedades		Subsidio especial para la incapacidad		Pensiones especiales para la incapacidad		Subsidio especial de una sola vez para la incapacidad	
	Pensiones	Monto equivalente a 313 días del jornal básico	Subsidio de una sola vez	Monto	Pensiones	Monto equivalente a 313 días del jornal básico		
Primero	Idem	277 días	Idem	3.420.000 yenes	Idem	277 días		
Segundo	Idem	245 días	Idem	3.200.000 yenes	Idem	245 días		
Tercero	Idem	213 días	Idem	2.640.000 yenes	Idem	213 días		
Quinto	Idem	184 días	Idem	2.250.000 yenes	Idem	184 días		
Sexto	Idem	156 días	Idem	1.920.000 yenes	Idem	156 días		
Séptimo	Idem	131 días	Idem	1.590.000 yenes	Idem	131 días		
Octavo	Subsidio de una sola vez	503 días	Idem	650.000 yenes			Subsidio de una sola vez	Monto equivalente a 503 días del jornal básico
Noveno	Idem	391 días	Idem	500.000 yenes			Idem	391 días
Décimo	Idem	302 días	Idem	390.000 yenes			Idem	302 días
Undécimo	Idem	223 días	Idem	290.000 yenes			Idem	223 días
Duodécimo	Idem	156 días	Idem	200.000 yenes			Idem	156 días
Décimo tercero	Idem	101 días	Idem	140.000 yenes			Idem	101 días
Décimo cuarto	Idem	56 días	Idem	80.000 yenes			Idem	56 días

## EL JORNAL BASICO :

"El jornal básico" se refiere, en principio, al sueldo promedio especificado por la Ley de Control de Condiciones de Trabajo. El sueldo promedio es, en principio, la cantidad jornal de los sueldos pagados al/la trabajador/ra durante los tres meses anteriores de la fecha en que haya fallecido el/la mismo/a a causa de un accidente de trabajo o que haya sido declarado/a enfermo/a por un médico (en caso de que esté fijada una fecha límite de pago, la última de tales fechas antes del fallecimiento o la declaración del médico), dividiendo el monto total por el número de días.

La cantidad jornal básica para calcular las pensiones para (la compensación por) lesiones o enfermedades, pensiones para (la compensación por) la familia sobreviviente, se alterará tomando en cuenta la fluctuación del sueldo entre el año fiscal en el que cae la fecha del descubrimiento de la enfermedad o lesión (en caso de ya hubiera sido alterada, la fecha de alteración) y el año fiscal anterior, y también se aplicarán los límites superior e inferior.

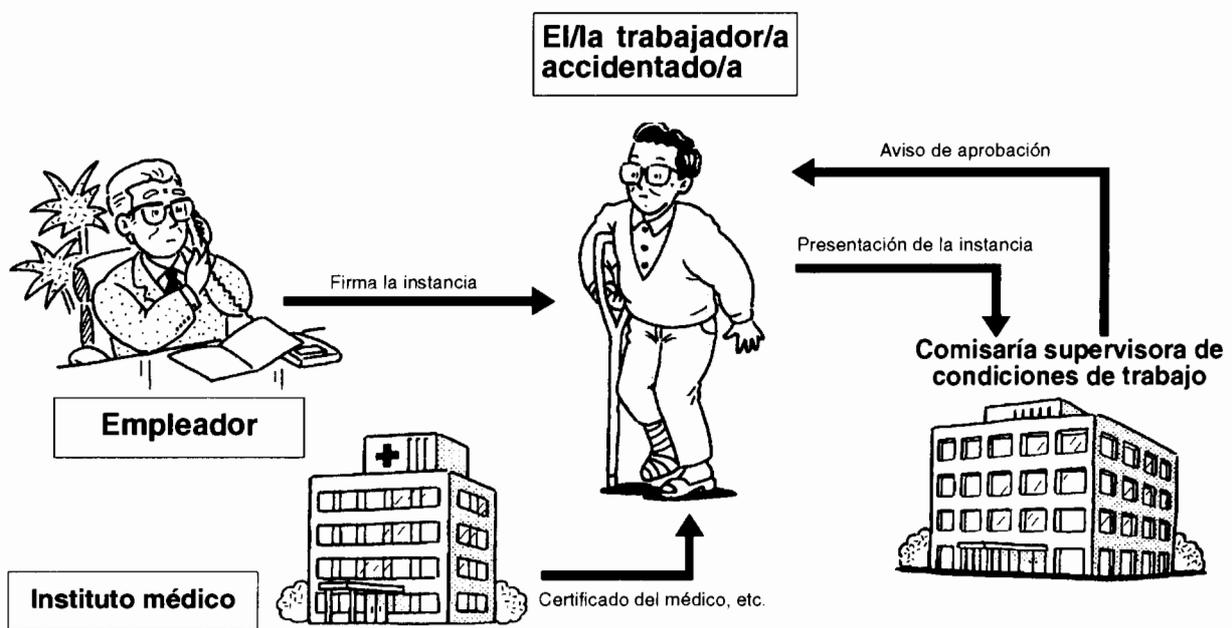
## EL JORNAL ESPECIAL BASICO :

El jornal especial básico se calcula, en principio, dividiendo por 365 la cantidad total de las bonificaciones pagadas al/a la trabajador/a durante un año antes de la fecha en que haya fallecido el/la mismo/a a causa de un accidente de trabajo o que haya sido declarado/a enfermo/a por un médico.

Cuando el monto total de las bonificaciones exceda el 20 por ciento del sueldo anual básico (el jornal básico multiplicado por 365), se pagará el 20 por ciento del sueldo anual básico, con un límite superior de 1.500.000 (un millón quinientos mil) yenes.

"Las bonificaciones" se refiere a los pagos que se realizan por un período mayor de 3 meses y no están incluidos en el cálculo del jornal básico arriba mencionado. No se incluyen sueldos extras que se pagan temporalmente.

### PROCEDIMIENTOS PARA LA SOLICITUD



Por favor presente al comisionado supervisor de condiciones de trabajo competente el formulario para la instancia del subsidio para la compensación por la incapacidad (Formulario No. 10) o del subsidio para la incapacidad (Formulario No. 16-7), debidamente llenado, junto con el certificado

del médico y, de ser necesario, otros documentos incluyendo radiografía(s).

La instancia del subsidio especial para la incapacidad se hace, en principio, con el mismo formulario.

---

## **FECHA LIMITE PARA LA SOLICITUD**

---

El derecho a recibir los subsidios para (la compensación por) la familia sobreviviente caduca dentro de cinco años contados desde el siguiente día de la recuperación de la lesión o la enfermedad.

# Example of How to Fill in the Application

様式第10号 (表面)

## 労働者災害補償保険

A - ②

### 障害補償給付支給請求書

A - ① 障害特別支給年金支給申請書  
障害特別一時金支給申請書

(注 意)

一、本項を請求する場合には、以下の事項を記載し、かつ、以下の事項を添付する必要があること。  
 二、請求人(申請人)が特別加入者であるときは、①には、その者の給与を記載すること。②及び③については、労働者災害補償年金又は障害特別年金と受給することとなる年金の種類を記載すること。  
 三、請求人(申請人)が特別加入者であるときは、④には、その者の給与を記載すること。⑤及び⑥については、労働者災害補償年金又は障害特別年金と受給することとなる年金の種類を記載すること。  
 四、⑦については、平均賃金の算定基礎期間中に属する期間の平均賃金を記載すること。⑧については、平均賃金の算定基礎期間中に属する期間の平均賃金を記載すること。  
 五、⑨については、平均賃金の算定基礎期間中に属する期間の平均賃金を記載すること。⑩については、平均賃金の算定基礎期間中に属する期間の平均賃金を記載すること。  
 六、⑪については、平均賃金の算定基礎期間中に属する期間の平均賃金を記載すること。⑫については、平均賃金の算定基礎期間中に属する期間の平均賃金を記載すること。  
 七、⑬については、平均賃金の算定基礎期間中に属する期間の平均賃金を記載すること。⑭については、平均賃金の算定基礎期間中に属する期間の平均賃金を記載すること。

① 労働保険番号 A - ③		フリガナ A - ⑥		④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 A - ⑫	
② 年金証書の番号 A - ④		③ 氏名 A - ⑤ (男・女) 労働者 フリガナ 住所 A - ⑨ 職種 A - ⑩ 所属事業場名称所在地 A - ⑪		⑤ 傷病の治癒した年月日 A - ⑬ 月 日	
⑥ 災害の原因及び発生状況(災害発生場所、作業内容、状況等を簡明に記載すること。) A - ⑭				⑦ 平均賃金 A - ⑮ 円	
⑧ 基礎年金番号 A - ⑰		⑩ 被保険者資格の取得年月日 A - ⑱ 年 月 日		⑧ 特別給付の総額(年額) A - ⑰ 円	
⑨ 厚生年金保険等の受給関係 当該傷病に ⑩ 支給される年金の種類等		⑪ 年金の種類 A - ⑲ 級 ⑫ 支給される年金の額 A - ⑳ 円 ⑬ 支給されることとなった年月日 A - ㉑ 年 月 日 ⑭ 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード A - ㉒ ⑮ 所轄社会保険事務所等 A - ㉓		⑪ 障害年金 A - ㉔ ⑫ 障害厚生年金 A - ㉕ ⑬ 障害基礎年金 A - ㉖	
⑯ ⑰、⑱、㉑、㉒、㉓及び㉔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 A - ㉗ 電話番号 局番 事業場の所在地 A - ㉘ 郵便番号 事業主の氏名 A - ㉙ (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)					
⑰ 障害の部位及び状態 A - ㉚		⑱ 既存障害がある場合にはその部位及び状態 A - ㉛		⑱ 添付する書類その他の資料 A - ㉜	
⑲ 年金の払渡しを受けることを希望する金融機関又は郵便局		* 金融機関店舗コード A - ㉝ 銀行・金庫 農協・漁協・信組 A - ㉞ 本店支店		* 郵便局コード A - ㉟ 郵便局 所在地 経道府県 A - ㊱ 市郡区 郵便貯金通帳の記号番号 第 A - ㊲ 号	

A - ⑲  
A - ⑳  
A - ㉑

上記により 障害補償給付の支給を請求します。  
 障害特別支給年金  
 障害特別一時金  
 障害特別一時金  
 郵便番号 A - ④① 電話番号 A - ④② 局番  
 請求人の住所 A - ④③  
 申請人 氏名 A - ④④ A - ④⑤  
 A - ④⑥ 労働基準監督署長 殿

振込を希望する銀行等の名称 A - ④⑥ 銀行・金庫 農協・漁協・信組		A - ④⑦ 本店支店支所		A - ④⑧ 預金の種類及び口座番号 普通・当座 第 A - ④⑨ 号 名義人	
--	--	---------------	--	---	--

- A - ① -----> 1. Este es el "Formulario para la solicitud de los subsidios para la compensación por la incapacidad, los subsidios especiales para la incapacidad, las pensiones especiales para la incapacidad y el subsidio de una sola vez para la incapacidad".
- A - ② -----> 2. En caso de accidentes durante el viaje al/del trabajo, por favor presente el 「様式第16の7」.
- 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. Si usted está recibiendo algún subsidio por el seguro de accidentes de trabajo, por favor escriba aquí el número de la póliza del seguro.
- A - ⑤ -----> 5. Escriba el nombre del/de la trabajador/a accidentado/a.
- A - ⑥ -----> 6. Favor de marcar con ○ el sexo del/de la trabajador/a accidentado/a. Si es masculino, marque el 「男」, y si es femenino, 「女」.
- A - ⑦ -----> 7. Escriba la fecha de nacimiento del/de la trabajador/a accidentado/a.
- A - ⑧ -----> 8. Escriba la edad del/de la trabajador/a.
- A - ⑨ -----> 9. Escriba la dirección del trabajador/a accidentado/a.
- A - ⑩ -----> 10. Escriba lo más concretamente posible la clase de trabajo que hacía el/la trabajador/a accidentado/a.
- A - ⑪ -----> 11. En caso de que el/la trabajador/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 - ⑫ -----> 12. Escriba la fecha y la hora cuando sufrió la lesión o se enfermó.
- A - ⑬ -----> 13. Escriba la fecha en que se curó de tales lesiones o enfermedades.
- A - ⑭ -----> 14. Describa lo más concretamente posible, cuándo, en qué situación y cómo tuvo el accidente.
- A - ⑮ -----> 15. Escriba el sueldo promedio del/de la trabajador/a en base a los sueldos que recibía.
- A - ⑯ -----> 16. Escriba el monto total de las bonificaciones que el/la trabajador/a recibió durante el año anterior.
- A - ⑰ -----> 17. En caso de que el/la trabajador/a haya contratado el seguro de Previsión Social, escriba el número de la pensión básica.
- A - ⑱ -----> 18. Escriba la fecha en que contrató el seguro de Previsión Social.
- A - ⑲ -----> 19. Favor de marcar con un ○ 「イ」 cuando se le pague una pensión para la incapacidad, y 「ロ」 cuando se le pague una pensión básica para la incapacidad bajo la Ley de Seguros de Previsión Social por la lesión o enfermedad en cuestión.
- A - ⑳ -----> 20. Favor de marcar con un ○ 「イ」 cuando se le pague una pensión para la incapacidad, y 「ロ」 cuando se le pague una pensión básica para la incapacidad bajo la Ley de Pensión Nacional por la lesión o enfermedad en cuestión.
- A - ㉑ -----> 21. Marque con un ○ cuando se le pague una pensión para la incapacidad por la Ley de Seguros para Marineros a causa de la lesión o enfermedad en cuestión.
- A - ㉒-㉔ -----> 22-26. Este espacio es para las personas correspondientes en los espacios 19~21. En el espacio 22, escriba el grado correspondiente de incapacidad para la pensión, el monto de las pensiones en el 23, la fecha en que comenzó a recibir la pensión en el 24, el número de la pensión básica y el código de la pensión de la póliza de dicha pensión en el 25, y el nombre de la oficina de seguros sociales que maneja dicha pensión el 26.
- A - ㉕-㉗ -----> 27-29. 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 27, la dirección de la misma en el 28 y el nombre del empleador en el 29.
- A - ㉘ -----> 30. Pida al médico que rellene el certificado que está en el dorso describiendo la parte lesionada o enfermedad del cuerpo y su estado.
- A - ㉙ -----> 31. Si tiene otras incapacidades anteriores, escriba la parte incapacitada y su estado.
- A - ㉚ -----> 32. Cuando haya otros documentos a presentar juntos, escriba qué documentos.
- A - ㉛-㉝ -----> 33-38. Estos espacios son para designar la cuenta por la que usted desee recibir las pensiones. En caso de que desee hacerlo a través de alguna institución financiera, escriba el nombre de la misma en el espacio 33, el nombre de la sucursal en el 34 y el número de su cuenta en el 35. Si desea hacerlo a través de alguna oficina de correos, escriba el nombre de la misma en el espacio 36, la dirección en el 45 y el número de la cuenta de ahorros en el 38.
- A - ㉞ -----> 39. Escriba la fecha en que presenta la solicitud.
- A - ㉟ -----> 40. Escriba el nombre de la comisaría supervisora de condiciones de trabajo en cuya jurisdicción pertenece el lugar de trabajo.
- A - ㊱ -----> 41. Escriba el código postal del solicitante.
- A - ㊲ -----> 42. Escriba el número de teléfono del solicitante.
- A - ㊳ -----> 43. Escriba la dirección del solicitante.
- A - ㊴ -----> 44. Escriba el nombre del solicitante.
- A - ㊵ -----> 45. Selle o firme.
- A - ㊶-㊸ -----> 46-50. Estos espacios deben rellenarse cuando usted desee la transferencia bancaria de las pensiones. Escriba el nombre del banco en el espacio 46, nombre de la sucursal en el 47, el número de cuenta en el 48, y el nombre del titular de la cuenta en el 49. Marque con un ○ 「普通」 si es una cuenta de ahorros, y 「当座」 si es una cuenta corriente en el espacio 50.

## In the Case of Commuting Accident

様式第16号 (別紙)

### B - ① 通勤災害に関する事項

① 労働者の氏名	B - ②
② 負傷又は発病の年月日及び時刻	B - ③ 年 月 日 午前 時 分 午後 時 分
③ 災害発生場所	B - ④
④ 災害発生の日の就業の場所	B - ⑤
⑤ 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 B - ⑥ 時 分 午後 B - ⑦ 時 分
⑥ 災害発生の日に住居を離れた時刻	午前 B - ⑧ 時 分 午後 B - ⑨ 時 分
⑦ 災害発生の日に就業の場所を離れた時刻	午前 B - ⑩ 時 分 午後 B - ⑪ 時 分
⑧ 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場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況	B - ⑫          B - ⑬ [通常の通勤所要時間 時間 分]
⑨ 災害の原因及び発生状況	B - ⑭ ..... ..... ..... .....
⑩ 現認者の住所	B - ⑮ 電話 B - ⑯ 局番
⑪ 現認者の氏名	B - ⑰

〔注 意〕

1. ⑤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すること。
2. ⑥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がないこと。
3. ⑦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がないこと。
4. ⑧は、通常の通勤の経路を図示し、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すること。
5. ⑨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簡明に記載すること。

(物品番号 68111) 9.5

- B - ① -----> 1. Este formulario debe presentarse adjunto con el 様式第16号の7.
- B - ② -----> 2. Escriba el nombre del/de la trabajador/a accidentado/a.
- B - ③ -----> 3. Escriba la fecha y la hora en que la persona sufrió la lesión o cayó enferma.
- B - ④ -----> 4. Escriba el lugar donde tuvo lugar el accidente.
- B - ⑤ -----> 5. Escriba la dirección donde se encontraba la persona en el día del accidente.
- B - ⑥ -----> 6. 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 - ⑦ -----> 7. 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 desde el trabajo.
- B - ⑧ -----> 8. 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 al trabajo.
- B - ⑨ -----> 9. 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 - ⑩ -----> 10. Escriba el tiempo que tarda generalmente para llegar al trabajo.
- B - ⑪ -----> 11. Describa lo más concretamente posible dónde, en qué situación y cómo ocurrió el accidente.
- B - ⑫~⑭ -----> 12-14. Estos espacios son para cuando haya personas que puedan confirmar el accidente fuera del accidentado. Escriba su dirección en el espacio 12, su nombre en el 13 y su número de teléfono en el 14.

## PAGO ADELANTADO DE LA PENSION PARA (LA COMPENSACION POR) LA INCAPACIDAD :

Se puede recibir la pensión para (la compensación por) la incapacidad por adelantado solamente una vez.

### MONTO PAGADO :

Se puede optar por un monto que corresponda al grado de la incapacidad en la lista de abajo.

Cuando se efectúe el pago adelantado, las pensiones mensuales para (la compensación por) la incapacidad se suspenderán hasta que su total llegue al monto pagado de adelanto. Cuando el período de suspensión exceda un año, se deducirá un interés simple del 5 por ciento anual.

Grado de incapacidad	Monto pagadero
Primero	Monto equivalente a 200 días, 400 días, 600 días 800 días, 1.200 días o 1.340 días del jornal básico
Segundo	Monto equivalente a 200 días, 400 días, 600 días, 800 días, 1.000 días o 1.190 días del jornal básico
Tercero	Monto equivalente a 200 días, 400 días, 600 días, 800 días, 1.000 días o 1.050 días
Cuarto	Monto equivalente a 200 días, 400 días, 600 días, 800 días o 920 días del jornal básico
Quinto	Monto equivalente a 200 días, 400 días, 600 días o 790 días del jornal básico
Sexto	Monto equivalente a 200 días, 400 días, 600 días o 670 días del jornal básico
Séptimo	Monto equivalente a 200 días, 400 días o 560 días del jornal básico

**PROCEDIMIENTOS PARA LA SOLICITUD:**

Para la solicitud del pago adelantado de una sola vez de las pensiones para (la compensación por) la incapacidad, hay que presentar al comisionado supervisor de condiciones de trabajo competente el formulario relleno para la solicitud del pago adelantado de las pensiones para (la compensación por) la incapacidad (Formulario No. 10 para las pensiones) al mismo tiempo, en principio, que haga la solicitud del subsidio para (la compensación por) la incapacidad, aunque, sin embargo, se puede efectuar la solicitud en el curso de un año contado desde el día siguiente del que reciba el aviso de la aprobación de las pensiones.

# Example of How to Fill in Application

年金申請様式第10号

## 労働者災害補償保険

### C-① 障害補償年金 障害年金 前払一時金請求書

(注意) 請求する給付日数の欄の( )には、加重障害の給付日数を記入すること。

年金証書の番号		管轄局	種別	西暦年	番号	
C-②						
請求人 (被災労働者)	氏名	C-③		生年月日	明大昭	C-⑤年 月 日
	住所	C-⑥				
請求する給付日数(○でかこむ)	第一級	200・400・600・800・1000・1200・1340日分 ( )				受けている・受けていない 労災年金受給の有無(○でかこむ)
	第二級	200・400・600・800・1000・1190日分 ( )				
	第三級	200・400・600・800・1000・1050日分 ( )				
	第四級	200・400・600・800・920日分 ( )				
	第五級	200・400・600・790日分 ( )				
	第六級	200・400・600・670日分 ( )				
	第七級	200・400・560日分 ( )				

上記のとおり 障害補償年金 障害年金 前払一時金を請求します。

平成 年 月 日 C-⑨

郵便番号 C-⑩

電話番号

住所

C-⑪

( )

C-⑫

請求人の

(代表者) 氏名

C-⑬

C-⑭ ㊦

C-⑮ 労働基準監督署長 殿

振込を希望する銀行等の名称		預金の種類及び口座番号	
C-⑯	銀行・金庫	C-⑰	本店
	農協・漁協・信組		支店
			支所
			普通・当座 第 C-⑱号
			名義人 C-⑲

(物品番号63311) 9.1

- C - ① -----> 1. Este es el "Formulario para la solicitud del pago adelantado de las pensiones para la compensación por la incapacidad, y las pensiones para la incapacidad.
- C - ② -----> 2. Si usted esté recibiendo alguna pensión por el seguro de accidentes de trabajo, por favor escriba aquí el número de la póliza del seguro.
- C - ③ -----> 3. Escriba el nombre del solicitante.
- C - ④ -----> 4. Selle o firme.
- C - ⑤ -----> 5. Escriba la fecha de nacimiento del solicitante.
- C - ⑥ -----> 6. Escriba la dirección del solicitante.
- C - ⑦ -----> 7. Por favor marque con un ○ 「受けている」 si usted está recibiendo pensiones por el seguro de accidentes de trabajo, y 「受けていない」 en caso contrario.
- C - ⑧ -----> 8. Por favor marque con un ○ el número de días de las pensiones que usted desee recibir.
- C - ⑨ -----> 9. Escriba la fecha en que presenta la solicitud.
- C - ⑩ -----> 10. Escriba el código postal del solicitante.
- C - ⑪ -----> 11. Escriba la dirección del solicitante.
- C - ⑫ -----> 12. Escriba el número de teléfono del solicitante.
- C - ⑬ -----> 13. Escriba el nombre del solicitante.
- C - ⑭ -----> 14. Selle o firme.
- C - ⑮ -----> 15. Escriba el nombre de la comisaría supervisora de las condiciones de trabajo en cuya jurisdicción se encuentra el lugar de trabajo.
- C - ⑮-⑳ -----> 16-20. Estos espacios deben llenarse cuando usted desee la transferencia bancaria de las pensiones. Escriba el nombre del banco en el espacio 16, nombre de la sucursal en el 17, el número de cuenta en el 18 y el nombre del titular de la cuenta en el 19.  
 Marque con un ○ 「普通」 si es una cuenta de ahorros, y 「当座」 si es una cuenta corriente en el espacio 20.

## PAGO DE UNA VEZ DEL RESTO DE LAS PENSIONES PARA (LA COMPENSACION POR) LA INCAPACIDAD

Cuando fallezca la persona recipiente de las pensiones para (la compensación por) la incapacidad habiendo recibido parte de las pensiones mensuales y el pago adelantado, se pagará el resto a la familia sobreviviente.

### MONTO PAGABLE :

Se pagará el monto restante de la pensión correspondiente entre las abajo enlistadas deduciendo el total de las pensiones y el pago de una sola vez que hayan sido recibidos.

Para las pensiones especiales para la incapacidad también se aplica este sistema, o sea, se pagará el resto de las pensiones especiales para la incapacidad deduciendo el total de las pensiones especiales que hayan sido pagadas a la familia sobreviviente (a la misma persona arriba mencionada)

Grado de incapacidad	El monto total de las pensiones	El monto total de las pensiones especiales para la incapacidad
Primero	Monto equivalente a 1.340 días del jornal básico	Monto equivalente a 1.340 días del jornal básico para el cálculo
Segundo	Monto equivalente a 1.190 días del jornal básico	Monto equivalente a 1.190 días del jornal básico para el cálculo
Tercero	Monto equivalente a 1.050 días del jornal básico	Monto equivalente a 1.050 días del jornal básico para el cálculo
Cuarto	Monto equivalente a 920 días del jornal básico	Monto equivalente a 920 días del jornal básico para el cálculo
Quinto	Monto equivalente a 790 días del jornal básico	Monto equivalente a 790 días del jornal básico para el cálculo
Sexto	Monto equivalente a 670 días del jornal básico	Monto equivalente a 670 días del jornal básico para el cálculo
Séptimo	Monto equivalente a 560 días del jornal básico	Monto equivalente a 560 días del jornal básico para el cálculo

\* El miembro de la familia sobreviviente elegible a este sistema :

La prioridad de las personas con derecho a recibir es la siguiente, de acuerdo con el orden mencionado :

- (1) El cónyuge que dependía del ingreso del/de la trabajador/a fallecido/a (no necesariamente del matrimonio oficial), hijo/a, padre, madre, nieto/a, abuelo/a y hermano/a
- (2) El cónyuge que dependía del ingreso del/de la trabajador/a fallecido/a (no necesariamente del

matrimonio oficial), hijo/a, padre, madre, nieto/a, abuelo/a y hermano/a que no corresponda a (1).

### // PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD : //

Para la solicitud del pago de una vez del resto de las pensiones para (la compensación por) la incapacidad, presente al comisionado supervisor de condiciones de trabajo competente el formulario para la solicitud del pago de una vez del resto de las pensiones para la compensación por la incapacidad o de las pensiones para la incapacidad (No. 37-2), debidamente llenado.

# Example of How to Fill in Application

様式第37号の2 (表面)

労働者災害補償保険  
 障害補償年金差額一時金支給請求書  
 D - ① 障害年金差額一時金支給請求書  
 障害特別年金差額一時金支給申請書

① 年金証書番号				フリガナ		D - ④
管轄局	種別	西暦年	番号	氏名	D - ③ (男・女)	
D - ②				生年月日	D - ⑤ 月	D - ⑥ 日
				死亡年月日	D - ⑦ 月	日
③ 請 申 求 請 人	氏名	生年月日	住 所	死亡労働者との関係	請求人(申請人)の代表者を選任しないときはその理由	
	D - ⑧	D - ⑨ 年 月 日	D - ⑩	D - ⑪	D - ⑫	
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
④ 添付する書類 その他の資料名			D - ⑬			

障害補償年金差額一時金の支給を請求  
 上記により 障害年金差額一時金の支給を請求 します。  
 障害特別年金差額一時金の支給を申請

郵便番号 D - ⑬ 電話番号 D - ⑰ 局番

D - ⑭ 年 月 日

請求人住所 D - ⑱

申請人の (代表者) 方

D - ⑮ 労働基準監督署長 殿 氏名 D - ⑲ D - ⑳

振込を希望する銀行等の名称		預金の種類及び口座番号	
D - ㉑ 銀行・金庫	D - ㉒ 本店 支店 支所	D - ㉓ 普通・当座	第 D - ㉔ 号
農協・漁協・信組		名義人 D - ㉕	

(物品番号 62114) 7.10

- D - ① -----> 1. Este es el formulario para la solicitud del "pago de una vez del resto de las pensiones para la compensación por la incapacidad", "pago de una vez del resto de las pensiones para la incapacidad" y "pago de una vez de las pensiones especiales para la incapacidad".
- D - ② -----> 2. 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 - ③ -----> 3. Escriba el nombre del/de la trabajador difunto/a.
- D - ④ -----> 4. Favor de marcar con ○ el sexo del/de la trabajador/a difunto/a. Si es masculino, marque el 「男」, y si es femenino, 「女」.
- D - ⑤ -----> 5. Escriba la fecha de nacimiento del/de la trabajador/a difunto/a.
- D - ⑥ -----> 6. Escriba la edad del/de la trabajador/a.
- D - ⑦ -----> 7. Escriba la fecha de fallecimiento del/de la trabajador/a.
- D - ⑧ -----> 8. Escriba el nombre del solicitante.
- D - ⑨ -----> 9. Escriba la fecha de nacimiento del solicitante.
- D - ⑩ -----> 10. Escriba la dirección del solicitante.
- D - ⑪ -----> 11. Escriba la relación que tiene el solicitante con el/la trabajador/a difunto/a.
- D - ⑫ -----> 12. Escriba la razón por no designar a un representante habiendo más de dos personas con derecho a recibir.
- D - ⑬ -----> 13. Cuando haya otros documentos a presentar juntos, escriba qué documentos.
- D - ⑭ -----> 14. Escriba la fecha en que presenta la solicitud.
- D - ⑮ -----> 15. Escriba el nombre de la comisaría supervisora de condiciones de trabajo a cuya jurisdicción pertenece el lugar de trabajo.
- D - ⑯ -----> 16. Escriba el código postal del solicitante.
- D - ⑰ -----> 17. Escriba el número de teléfono del solicitante.
- D - ⑱ -----> 18. Escriba la dirección del solicitante.
- D - ⑲ -----> 19. Escriba el nombre del solicitante.
- D - ⑳ -----> 20. Selle o firme.
- D - ㉑~㉔ -----> 21-24. Estos espacios deben llenarse cuando usted desee la transferencia bancaria de las pensiones. Escriba el nombre del banco en el espacio 21, nombre de la sucursal en el 22, el número de cuenta en el 23, y el nombre del titular de la cuenta en el 24. Marque con un ○ 「普通」 si es una cuenta de ahorros, y 「当座」 si es una cuenta corriente en el espacio 25.