

SEGURO DE ACIDENTES DO TRABALHO

**Come requerer o Benefício
(Compensatório) por Invalidez**

Quando o trabalhador, em
conseqüência de acidente ocorrido no
trabalho ou no trajeto ao trabalho, ficar
em estado de invalidez

Ministério do Trabalho
Departamentos de Normas Trabalhistas Metropolitanos e Provinciais
Inspetorias de Normas Trabalhistas



Ao trabalhador que, depois de consolidadas a lesão ou a doença decorrentes do trabalho ou de trajeto ao trabalho, ficar incapacitado, será liberado o Benefício Compensatório por Invalidez (no caso de acidente do serviço) ou o Benefício por Invalidez (no caso de acidente de trajeto ao trabalho). Ambos os benefícios, de ora em diante, serão chamados em conjunto de 'Benefício (Compensatório) por Invalidez'.

O significado de 'depois de consolidada'

Significa que as condições da lesão ou os sintomas da moléstia ficaram consolidadas e que nenhuma alteração posterior poderá ser prevista com a continuação de tratamento amplamente praticado pela medicina ; é que se denomina de cura ('estabilização de sintomas'). Ou seja, no caso de lesão, quando sarar a superfície do corpo atingida ; e no caso de moléstia, quando desaparecerem os sintomas agudos, apesar de a doença persistir em estado crônico, e nas condições atuais, nenhuma alteração puder ser prevista com a continuação do tratamento. Logo, 'cura' não equivale necessariamente à recuperação do estado original de saúde.

Descrição do benefício

Quando a invalidez decorrente da lesão ou doença puder ser classificada na escala de graus de invalidez, dependendo da gravidade da seqüela será Liberado os seguintes benefícios :

- No caso de ser classificada entre o primeiro e o sétimo grau Pensão (compensatória) por Invalidez, Pagamento Especial por Invalidez, Pensão Especial por Invalidez.
- No caso de ser classificada entre o oitavo e o décimo quarto grau Pagamento Integral (Compensatório) por Invalidez, Pagamento Especial por Invalidez | Pagamento Especial Integral por Invalidez.

*O mês de pagamento da pensão

A pensão (compensatória) por invalidez será liberado a partir do mês imediato ao que se preencherem os requisitos da concessão. O pagamento será feito em fevereiro, abril, junho, agosto, outubro e dezembro de cada ano, correspondente ao bimestre anterior.

Grau de invalidez	Benefício (compensatório) por invalidez		Pagamento Especial por Invalidez		Pensão Especial por Invalidez		Pagamento Especial Integral por invalidez	
Primeiro grau	Pensão	313 diárias básicas do benefício	Pagamento Integral	3.420.000 ienes	Pensão	313 diárias básicas de cálculo		
segundo grau	Pensão	277 diárias básicas do benefício	Pagamento Integral	3.200.000 ienes	Pensão	277 diárias básicas de cálculo		
terceiro grau	Pensão	245 diárias básicas do benefício	Pagamento Integral	3.000.000 ienes	Pensão	245 diárias básicas de cálculo		
quarto grau	Pensão	213 diárias básicas do benefício	Pagamento Integral	2.640.000 ienes	Pensão	213 diárias básicas de cálculo		
quinto grau	Pensão	184 diárias básicas do benefício	Pagamento Integral	2.250.000 ienes	Pensão	184 diárias básicas de cálculo		
sexto grau	Pensão	156 diárias básicas do benefício	Pagamento Integral	1.920.000 ienes	Pensão	156 diárias básicas de cálculo		
sétimo grau	Pensão	131 diárias básicas do benefício	Pagamento Integral	1.590.000 ienes	Pensão	131 diárias básicas de cálculo		
oitavo grau	Pagamento integral	503 diárias básicas do benefício	Pagamento Integral	650.000 ienes			Pagamento integral	503 diárias básicas de cálculo
nono grau	Pagamento integral	391 diárias básicas do benefício	Pagamento Integral	500.000 ienes			Pagamento integral	391 diárias básicas de cálculo
décimo grau	Pagamento integral	302 diárias básicas do benefício	Pagamento Integral	390.000 ienes			Pagamento integral	302 diárias básicas de cálculo
décimo primeiro grau	Pagamento integral	223 diárias básicas do benefício	Pagamento Integral	290.000 ienes			Pagamento integral	223 diárias básicas de cálculo
décimo segundo grau	Pagamento integral	156 diárias básicas do benefício	Pagamento Integral	200.000 ienes			Pagamento integral	156 diárias básicas de cálculo
décimo terceiro grau	Pagamento integral	101 diárias básicas do benefício	Pagamento Integral	140.000 ienes			Pagamento integral	101 diárias básicas de cálculo
décimo quarto grau	Pagamento integral	56 diárias básicas do benefício	Pagamento Integral	80.000 ienes			Pagamento integral	56 diárias básicas de cálculo

Diária básica do benefício

Diária básica do benefício é, em princípio, a quantia equivalente à média salarial da Lei das Normas Trabalhistas. Ou seja, a média calculada com base nos três meses imediatamente anteriores ao dia do acidente no serviço ou de acidente de trajeto ao trabalho, que causou a lesão ou a morte do trabalhador ; ou os três meses anteriores a contar do dia em que o médico atestou a moléstia que ele contraiu. (Se houver dia determinado de fechamento do salário, o fechamento mais próximo ao dia do acidente.) O total dos vencimentos do trabalhador neste período é dividido pelo total de dias civis, e o resultado, ou seja, a quantia correspondente a um dia, será a quantia da diária básica do benefício.

A diária básica do benefício utilizada como base no cálculo do benefício do seguro em forma de pensão (quais sejam, a Pensão (compensatória) por lesão e doenças, a Pensão (compensatória) por invalidez e a Pensão (compensatória) por morte) será ajustada no mesmo índice de reajuste na remuneração, do ano fiscal em que o empregado sofreu o acidente ou contraiu a moléstia com relação ao ano anterior (no caso de reajuste, à data do reajuste) ; havendo a aplicação da quantia máxima/mínima liberada conforme a faixa etária (diária básica do benefício de pensão).

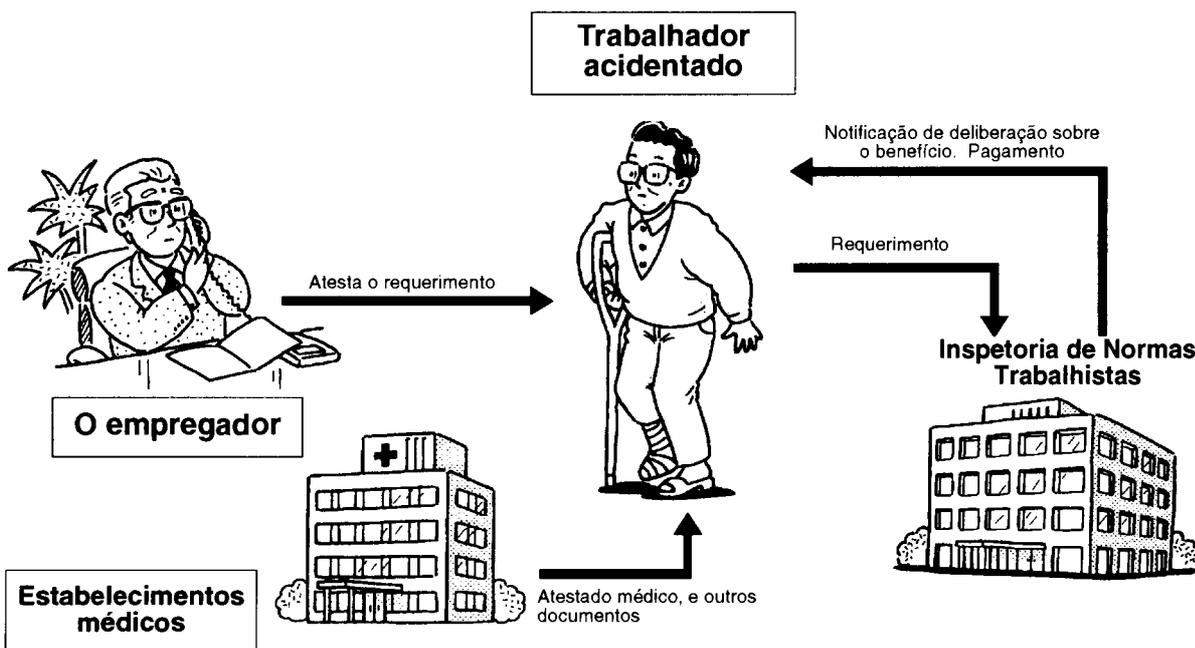
A diária básica de cálculo

É, em princípio, a quantia calculada com base no período do ano imediatamente anterior ao acidente do trabalho ou de trajeto ao trabalho, que causou a lesão ou a morte do trabalhador ; ou o ano anterior a contar do dia em que, ao ser examinado, se constatou a doença que ele contraiu. É o quociente da divisão do total das pagas como gratificação que recebeu do empregador durante este ano (tida como quantia anual básica do cálculo.) por 365.

Entanto, se o total da quantia da gratificação for superior em valor equivalente a 20% quantia anual básica do benefício (quantia equivalente à diária básica do benefício multiplicada por 365), a quantia anual básica de cálculo será o valor equivalente a 20% da quantia anual básica do benefício ; apenas que este valor não ultrapassará de 1.500.000 ienes.

‘Gratificação’ aqui significa o pagamento (feito voluntariamente pelo empregador) que o trabalhador recebe em período trimestral ou por períodos mais longos, tal como a paga adicional em empresas de nosso país, o qual está excluído da base do cálculo da diária básica do benefício ; NÃO inclui pagamentos extraordinários por serviços além do comum.

Modo de requerer



Para requerer o benefício (compensatório) por invalidez, encaminhe ao diretor da Inspeção das Normas Trabalhistas da jurisdição os seguintes documentos : Requerimento do benefício compensatório por Invalidez (formulário No 10) ou o Requerimento do benefício por invalidez (formulário No 16, 7), e, se for necessário, em anexo, o atestado passado por médicos ou dentistas, e outros materiais como radiografias, etc.

A solicitação do Pagamento Especial é feita concomitante com a do Benefício (compensatório) por Invalidez e o no mesmo formulário.

Período de validade do requerimento

É importante observar que o direito de requerer o Benefício (compensatório) por Invalidez limita-se ao período de cinco anos a contar da do dia imediato ao da cura (estar a lesão ou a doença consolidada) da lesão ou da doença.

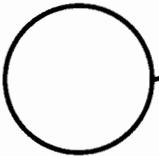
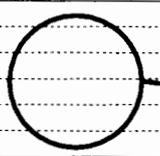
- Λ - ❶ -----> 1. Este é o 'Requerimento do Benefício compensatório por Invalidez', 'Requerimento do Pagamento Especial por Invalidez', 'Requerimento da Pensão por Invalidez' e 'Requerimento do Pagamento Especial Integral por Invalidez'.
- Λ - ❷ -----> 2. No caso de acidente de trajeto ao trabalho, deve ser solicitado pelo Youshiki dai 16-go no 7 '様式第16号の7', formulário No 16. 7.
- Λ - ❸ -----> 3. Escreva o número do Seguro dos Trabalhadores (pedindo ao empregador que confirme o número).
- Λ - ❹ -----> 4. No caso de ser segurado do Seguro de Acidentes do Trabalho, preencher com o número da pensão.
- Λ - ❺ -----> 5. Nome completo do trabalhador acidentado.
- Λ - ❻ -----> 6. Espaço para indicar o sexo do trabalhador acidentado.. Se for masculino, assinalar um círculo em 「男」 'otoko' (homem), se for feminino, assinalar 「女」 on'na(mulher).
- Λ - ❼ -----> 7. Data de nascimento do trabalhador acidentado.
- Λ - ❸ -----> 8. Idade do trabalhador acidentado.
- Λ - ❹ -----> 9. Endereço do trabalhador acidentado.
- Λ - ❿ -----> 10. Função do trabalhador. Seja o mais específico possível para que fique claro a atividade que ele exercia.
- Λ - ❶ -----> 11. Preenche-se este item quando o local de trabalho a que o trabalhador está diretamente vinculado, é a filial, fábrica ou local de construção que adota a cobertura coletiva.
- Λ - ❶ -----> 12. Preencher com a data e hora do acidente ou de quando começou apresentar os sintomas da moléstia.
- Λ - ❶ -----> 13. Preencher com a data de cura (estar consolidada) da lesão ou da doença.
- Λ - ❶ -----> 14. Descreva com clareza o lugar onde aconteceu o acidente ; que tarefa o trabalhador desempenhava no momento do acidente ; com que objeto, em que circunstância ou em que condição ocorreu ; e como o acidente aconteceu.
- Λ - ❶ -----> 15. Calcular a média salarial a partir do salário do trabalhador acidentado.
- Λ - ❶ -----> 16. Preencher com o total do pagamento em gratificação que ele recebeu no ano anterior.
- Λ - ❶ -----> 17. Se for segurado do Seguro da Pensão do Bem-estar Social e outros, preencher com o número da Pensão básica.
- Λ - ❶ -----> 18. Preencher com a data de inscrição (em que obteve a categoria de segurado) ao Seguro da Pensão do Bem-estar Social e outros.
- Λ - ❶ -----> 19. Se, em decorrência desta lesão ou doença, for beneficiário da Pensão de Invalidez da Lei do Seguro da Pensão do Bem-estar Social, assinale um círculo em [ｲ] (i), se for Pensão de Invalidez do Bem-estar Social, assinale [㇀] (ro).
- Λ - ❶ -----> 20. Se, em decorrência desta lesão ou moléstia, for beneficiário da Pensão de Invalidez da Lei da Pensão Nacional, assinale um círculo em [ｲ] ('i'), se for a Pensão básica de Invalidez, assinale [㇀] ('ro').
- Λ - ❶ -----> 21. Assinale um círculo, se, em decorrência desta lesão ou moléstia, fohliberada a Pensão básica de Invalidez da Lei do Seguro dos Navegantes.
- Λ - ❷-❹ -----> 22-26. Devem preencher somente aqueles aos quais se aplicam os itens 18~21. No 22 : preencher com o grau de lesão ou doença a que se refere a pensão. 23 : Quantia da pensão. 24 : data de deliberação sobre o pagamento do benefício. 25 : Código e número da Pensão Básica do certificado da pensão referida ; 26 : nome do escritório de seguros sociais que cuida dos procedimentos da pensão.
- Λ - ❷-❹ -----> 27-29. Itens que o empregador deverá preencher, atestando quando e como o trabalhador foi acidentado. 27 : denominação do estabelecimento ; 28 : endereço do estabelecimento ; 29 : nome do empregador. Ao preencher estes dados, o empregador estará atestando a ocorrência do acidente.
- Λ - ❶ -----> 30. Você deverá ser examinado por um médico sobre a localização da parte lesionada e do estado da lesão, e os resultados deverão vir mo atestado médico ao verso desta folha.
- Λ - ❶ -----> 31. No caso de lesão existente, preencher a sua localização e o estado em que se encontra.
- Λ - ❶ -----> 32. No caso de haver documento(s) anexo(s), escrever o(s) nome(s) respectivo(s) neste item.
- Λ - ❶-❹ -----> 33-38. Itens para instituições financeiras ou correios através da qual deseja receber o pagamento da pensão. Para quem prefere insituições financeiras, escrever no 33. : o nome da instituição financeira ; 34 : nome da agência ; 35 : número da conta. Para correios : 36 : nome do correio ; 37 : a localização ; 38 : número da conta.
- Λ - ❶ -----> 39. Data de apresentação do requerimento.
- Λ - ❶ -----> 40. Nome da Inspecoria de Normas Trabalhistas cuja jurisdição abrange o local de trabalho a que o trabalhador está diretamente vinculado.
- Λ - ❶ -----> 41. Código postal correspondente ao endereço do solicitante.
- Λ - ❶ -----> 42. Número do telefone do solicitante.
- Λ - ❶ -----> 43. Endereço do solicitante.
- Λ - ❶ -----> 44. Nome completo do solicitante.
- Λ - ❶ -----> 45. Espaço reservado para o carimbo pessoal, mas aceita-se também assinatura.
- Λ - ❶-❹ -----> 46-50. Itens para instituições financeiras através da qual deseja receber o pagamento. 46 : nome da instituição financeira ; 47 : nome da agência ; 48 : o número da conta ; 49 : nome completo do titular da conta ; 50 : espécie da conta, se for de poupança faça um círculo em [普通] ('futsuu') ; se for conta corrente, assinale [当座] ('tooza').

No caso de acidente de trajeto ao trabalho

様式第16号 (別紙)

Anxar quando for requerer pelo formulário No 16-7.

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 分頃
③ 災害発生の場所	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	分頃
⑥ 災害発生の日に住居を離れた時刻	午前	B - ⑦ 時	分頃
⑦ 災害発生の日に就業の場所を離れた時刻	午前	B - ⑧ 時	分頃
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の場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況	B - ⑨  B - ⑩ [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 - ⑪ 		
⑩ 現認者の住所	B - ⑫	電話	B - ⑭ 局番
⑪ 現認者の氏名	B - ⑬		

Indique com clareza o percurso habitual entre a moradia e o local de trabalho, o meio de locomoção e o tempo gasto no trajeto. Indique também o percurso, o meio de locomoção e tempo que o trabalhador utilizou no dia do acidente desde a moradia, ou local de trabalho, até o ponto em que aconteceu o acidente.

Descreva com clareza, o local, as condições, e as circunstâncias em que o acidente aconteceu.

Nome da pessoa que tenha confirmado a ocorrência do acidente. Se não houver tal pessoa, deixe o item em branco.

〔注意〕

- 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。
- 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。
- 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。
- 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すること。
- 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 é o formulário anexo no caso de a solicitação ser feita pelo formulário 16, 7 [様式第16号の7] 'Yoshiki dai 16 no 7'.
- B - ② -----▶ 2. Nome completo do trabalhador acidentado.
- B - ③ -----▶ 3. Preencher com a hora e data em que foi acidentado ou começou a apresentar os sintomas da moléstia.
- B - ④ -----▶ 4. Local onde aconteceu o acidente.
- B - ⑤ -----▶ 5. Local onde estava trabalhando no dia em que aconteceu o acidente.
- B - ⑥ -----▶ 6. Se o acidente foi no percurso de ida ao serviço, preencher com a hora do início previsto do expediente de trabalho ; e se foi na saída do serviço, escrever a hora do término do expediente.
- B - ⑦ -----▶ 7. Preencher com a hora em que saiu de sua moradia para se dirigir ao local de trabalho, no dia em que aconteceu o acidente. Se o acidente aconteceu na saída do serviço não há necessidade de preencher.
- B - ⑧ -----▶ 8. Preencher com a hora em que saiu do local de serviço, no dia em que sofreu acidente. Se o acidente aconteceu na ida ao serviço, não há necessidade de preencher.
- B - ⑨ -----▶ 9. Desenhe um mapa do percurso habitual entre a moradia e o local de trabalho e indique com clareza e detalhes a rota e o meio de locomoção que o trabalhador utilizou no dia do acidente, desde sua moradia ou local de trabalho até o ponto em que aconteceu o acidente.
- B - ⑩ -----▶ 10. Tempo normalmente necessário para a locomoção entre a moradia e o local de trabalho.
- B - ⑪ -----▶ 11. Escrever em detalhes para que fique claro, onde, em que circunstâncias e como exatamente ocorreu o acidente.
- B - ⑫~⑭ -----▶ 12-14. Preencher estes itens no caso de haver outra pessoa além do trabalhador acidentado para confirmar a ocorrência do acidente. 12 : endereço ; 13 : nome complete : 14 : número do telefone.

Pagamento Prévio Integral da Pensão (Compensatória) por Invalidez

Os beneficiários da pensão por Invalidez poderão receber, com a condição de ser apenas uma vez, o Pagamento Prévio da pensão.

Descrição do benefício

A quantia do Pagamento Prévio poderá ser escolhida no quadro de quantias estipuladas, dependendo do grau da invalidez (vide tabela abaixo).

No entanto, no caso de ser concedido o Pagamento Prévio, a Pensão (Compensatória) de Invalidez ficará suspensa enquanto o total em meses da quantia da pensão não perfizer o montante do Pagamento Prévio (No cálculo da quantia, com exceção do primeiro ano, os outros restantes estão sujeitos à subtração de 5% calculados anualmente a juros simples.)

Grau de invalidez	Quantia do Pagamento Prévio Integral
Primeiro grau	200, 400, 600, 800, 1.000, 1.200, ou 1.340 diárias b. do benefício.
Segundo grau	200, 400, 600, 800, 1.000 ou 1.190 diárias básicas do benefício
Terceiro grau	200, 400, 600, 800, 1.000 ou 1.050 diárias básicas do benefício
Quarto grau	200, 400, 600, 800 ou 900 diárias básicas do benefício
Quinto grau	200, 400, 600 ou 790 diárias básicas do benefício
Sexto grau	200, 400, 600 ou 670 diárias básicas do benefício
Sétimo grau	200, 400 ou 560 diárias básicas do benefício

Modo de requerer

Para requerer o Pagamento Prévio Integral, encaminhe ao diretor da respectiva Inspeção das Normas Trabalhistas o Requerimento de Pagamento Prévio Integral da Pensão por Invalidez/pensão Compensatória por Invalidez (Requerimento de Pensão, formulário No 10), solicitando-se concomitantemente com o Benefício (compensatório) por Invalidez. (No entanto, se for dentro do prazo de um ano a contar do dia imediato ao da notificação de deliberação sobre a pensão, poderá solicitar mesmo que a pensão (compensatória) por Invalidez já tenha sido liberada.

Exmplo de preenchimento do requerimento

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

Escrever o número de certificado da pensão

(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 ()			労働年金受給の有無(○でかこむ)
	第二級	200・400・600・800・1000・1190日分 ()			
	第三級	200・400・600・800・1000・1150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 ()			

Assinalar com um círculo o número de diárias do benefício que vai solicitar, no grau de invalidez correspondente.

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- 住所 C-11 電話番号 () C-12
請求人の (代表者) 氏名 C-13 C-14

Se deseja receber o pagamento do benefício através de conta em banco ou outra instituição financeira, escreva o número de uma conta da qual o próprio solicitante seja titular.

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 農協・漁協・信組	C-17 本店 支店 支所	C-18 普通・当座 第 C-18号 名義人 C-19	

(物品番号63311) 9.1

- C - ① -----> 1. Este é o 'Requerimento do Pagamento Integral da Pensão Compensatória por Invalidez', 'Requerimento do Pagamento Prévio Integral da Pensão por Invalidez'.
- C - ② -----> 2. No caso de ser beneficiário do pensão do Seguro dos Acidentes do Trabalho, escrever o número do certificado da pensão.
- C - ③ -----> 3. Nome completo do solicitante.
- C - ④ -----> 4. Espaço reservado para o carimbo pessoal, mas aceita-se também assinatura.
- C - ⑤ -----> 5. Data de nascimento do solicitante.
- C - ⑥ -----> 6. Endereço do solicitante.
- C - ⑦ -----> 7. Se for beneficiário da Pensão do Seguro dos Acidentes do trabalho, assinalar com um círculo [受けている] ('uketeiru', recebo); se não é beneficiário, assinalar [受けていない] ('uketeinai', não recebo).
- C - ⑧ -----> 8. Assinalar com um círculo o número de dias que está solicitando.
- C - ⑨ -----> 9. Data de apresentação do requerimento.
- C - ⑩ -----> 10. Código postal correspondente ao endereço do solicitante.
- C - ⑪ -----> 11. Endereço do solicitante.
- C - ⑫ -----> 12. Número do telefone do solicitante.
- C - ⑬ -----> 13. Nome completo do solicitante.
- C - ⑭ -----> 14. Espaço reservado para o carimbo pessoal, mas aceita-se também assinatura.
- C - ⑮ -----> 15. Inspeção das Normas Trabalhistas da jurisdição a que pertence o local de trabalho.
- C - ⑯-⑳ -----> 16-20. Itens para instituição financeira através da qual deseja receber o pagamento. No 16, escrever o nome da instituição financeira; 17: nome da agência; 18: número da conta; 19: nome do titular da conta; 20: espécie da conta, se for poupança, assinale um círculo em [普通] ('futsuu'), se for conta corrente, assinale [当座] ('tooza').

Pagamento Integral do Saldo da Pensão (Compensatória) por Invalidez

Quando o beneficiário declarado da Pensão (Compensatória) de Invalidez falecer, e o total da Pensão (Compensatória) por Invalidez ligerada até então e o Pagamento Prévio Integral não perfizer a quantia estabelecida de acordo com o grau de invalidez, os familiares do falecido terão direito ao 'Pagamento Integral do Saldo da Pensão (Compensatória) por Invalidez'.

Descrição do benefício

A quantia do Pagamento Integral do Saldo é a diferença entre a quantia estabelecida de acordo com o grau de invalidez da tabela abaixo e o total já liberado da Pensão (Compensatória) por Invalidez somado à quantia do Pagamento Prévio Integral da mesma pensão.

Aplica-se o mesmo sistema de pagamento integral do saldo com relação à Pensão Especial por Invalidez. Quando o beneficiário declarado da Pensão Especial por Invalidez falecer, e se o total liberado da Pensão não perfizer o montante da quantia estabelecida do padrão de graus de Invalidez da tabela abaixo, será liberada aos familiares o 'Pagamento Integral do Saldo da Pensão Especial por Invalidez'. (Estes familiares são os mesmos que podem tornar-se beneficiários do 'Pagamento Integral do Saldo da Pensão (Compensatória) por Invalidez'.)

Grau de Invalidez :	Pagamento Integral do Saldo	Pagamento Integral do Saldo da Pensão Especial por Invalidez
Primeiro grau	1.340 diárias básicas do benefício	1.340 diárias básicas de cálculo
Segundo grau	1.190 diárias básicas do benefício	1.190 diárias básicas de cálculo
Terceiro grau	1.050 diárias básicas do benefício	1.050 diárias básicas de cálculo
Quarto grau	920 diárias básicas do benefício	920 diárias básicas de cálculo
Quinto grau	790 diárias básicas do benefício	790 diárias básicas de cálculo
Sexto grau	670 diárias básicas do benefício	670 diárias básicas de cálculo
Sétimo grau	560 diárias básicas do benefício	560 diárias básicas de cálculo

※Os familiares com direito ao Pagamento Integral do Saldo da Pensão (Compensatória) por Invalidez

Os familiares que têm direito ao Pagamento Integral do Saldo da Pensão são os do item (1) e (2) abaixo e a ordem de qualificação é a mesma ordem em que estão dispostos os itens, (E

dentro de cada item, a ordem de transcrição corresponde à ordem qualificatória de cada familiar)

- (1)O cônjuge (inclusive aquele que, sem ter legalizado a união, tenha o estado de cônjuge de fato.), filho(s), pais, netos, avós, irmãos(ãs) que compartilhavam o sustento com o trabalhador na data do falecimento.
- (2)O cônjuge, filho(s), pais, netos, avós, irmãos(ãs) aos quais não se aplica a condição do item anterior.

Como requerer

Apresentar ao diretor da respectiva Inspeção das Normas Trabalhistas o requerimento do Pagamento Integral do Saldo da Pensão Compensatória por Invalidez/Pagamento Integral do Saldo da Pensão por Invalidez (formulário No 37, 2).

Exemplo de preenchimento do mequerimento

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

O formulário é o mesmo tanto para os acidentes de trabalho como para os acidentes de trajeto ao trabalho.

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
				死亡年月日	D-⑦	月	日
③ 請 申 求 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	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				

Escrever o número de certificado da pensão.

Caso tenha documentos anexos e outros materiais, escrever os respectivos nomes neste item.

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-⑭ 局番
 D-⑮ 年 月 日
 請求人住所 D-⑯
 申請人の (代表者) _____ 方
 D-⑰ 労働基準監督署長 殿 氏名 D-⑱ D-⑲

Se desejar receber o pagamento do benefício através de conta em banco ou outra instituição financeira, escreva o número da conta da qual o próprio solicitante seja titular.

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-⑳	銀行・金庫 農協・漁協・信組	D-㉑	本店 支店 支所
		D-㉒	普通・当座 第 D-㉓ 号 名義人 D-㉔

(物品番号 62114) 7.10

- D - ① -----> 1. Este é o Requerimento de Pagamento Integral do Saldo da Pensão Compensatória por Invalidez, Requerimento de Pagamento Integral do Saldo da Pensão por Invalidez, Requerimento do Pagamento Integral do Saldo da Pensão Especial por Invalidez.
- D - ② -----> 2. No caso de ser segurado do Seguro de Acidentes do Trabalho, preencher com o número do certificado da pensão.
- D - ③ -----> 3. Nome completo do trabalhador falecido.
- D - ④ -----> 4. Espaço para indicar o sexo do trabalhador falecido. Se for do sexo masculino, assinalar um círculo em [男] "otoko" (homem), se for feminino, assinalar [女] "on'na" (mulher).
- D - ⑤ -----> 5. Data de nascimento do trabalhador falecido.
- D - ⑥ -----> 6. Idade do trabalhador falecido.
- D - ⑦ -----> 7. Data de óbito do trabalhador.
- D - ⑧ -----> 8. Nome completo do solicitante.
- D - ⑨ -----> 9. Data de nascimento do solicitante.
- D - ⑩ -----> 10. Endereço do solicitante.
- D - ⑪ -----> 11. Relação de parentesco com o trabalhador falecido.
- D - ⑫ -----> 12. Quando houver vários solicitantes e não se nomear um representante, escrever o motivo deste fato.
- D - ⑬ -----> 13. Em caso de haver documentos anexos, escrever o(s) nome(s) neste item,
- D - ⑭ -----> 14. Data de apresentação do requerimento.
- D - ⑮ -----> 15. Nome da Inspeção de Normas Trabalhistas cuja jurisdição abrange o local de trabalho a que estava diretamente vinculado.
- D - ⑯ -----> 16. Código postal correspondente ao endereço do solicitante.
- D - ⑰ -----> 17. Número do telefone do solicitante.
- D - ⑱ -----> 18. Endereço do solicitante.
- D - ⑲ -----> 19. Nome completo do solicitante.
- D - ⑳ -----> 20. Espaço reservado para o carimbo pessoal, mas aceite-se também assinatura.
- D - ㉑~㉕ -----> 21-25. Itens para instituição financeira através da qual deseja receber o pagamento. No 21, escrever o nome da instituição financeira ; 22 : nome da agência ; 23 : número da conta ; 24 : nome do titular da conta ; 25 : espécie de conta, se for poupança, assinale um círculo em 普通("futsuu"), se for conta corrente, assinale 当座("tooza").