

SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

**PROCEDIMIENTOS PARA LA SOLICITUD DEL PAGO  
DE SUBSIDIOS PARA (LA COMPENSACION POR) LA  
AUSENCIA DE TRABAJO Y PENSIONES PARA (LA  
COMPENSACION POR) LA ENFERMEDAD Y LESIONES**

Para aquellos que no puedan  
trabajar por enfermedad o lesion a  
causa de accidentes sufridos durante el  
trabajo o viajes al/del trabajo, y por  
tanto no reciban sueldos.

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



## About Absence(Compensation) Benefit

Se pagan subsidios para la compensación por la ausencia del trabajo por una enfermedad o lesión a causa de un accidente sufrido durante el trabajo, o durante el viaje al/del trabajo, que impida al/a la trabajador/a la recepción de sueldo, que en adelante se referirá como ; "subsidios para (la compensación por) la ausencia de trabajo", a partir del cuarto día.

### LOS MONTOS PAGABLES

Cuando un/a trabajador/a no pueda trabajar por la necesidad de estar en receso para la cura de una enfermedad o lesión contraída durante el trabajo o el viaje al/del trabajo, y por tanto no pueda recibir sueldos, se le pagará "subsidios para (la compensación por) la ausencia de trabajo", a partir del cuarto día. El monto pagable es el siguiente :

Subsidios para (la compensación por) la ausencia de trabajo =(El 60 por ciento del jornal básico)×Número de días de ausencia

Subsidio especial para la ausencia =(El 20 por ciento del jornal básico)×Número de días de ausencia

En cuanto a los primeros tres días, llamado el período de espera, el empleador pagará al/a la trabajador/a la compensación por la ausencia de acuerdo con la Ley sobre el Control de Condiciones de Trabajo, un 60 por ciento del sueldo, si la enfermedad o lesión fue a causa del trabajo.

Si el/la trabajador/a realiza parte del horario oficial de trabajo, se le pagará un 60 por ciento del monto restante del jornal deduciendo el pago respectivo al trabajo realizado.

---

## 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/a la trabajador/a 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.

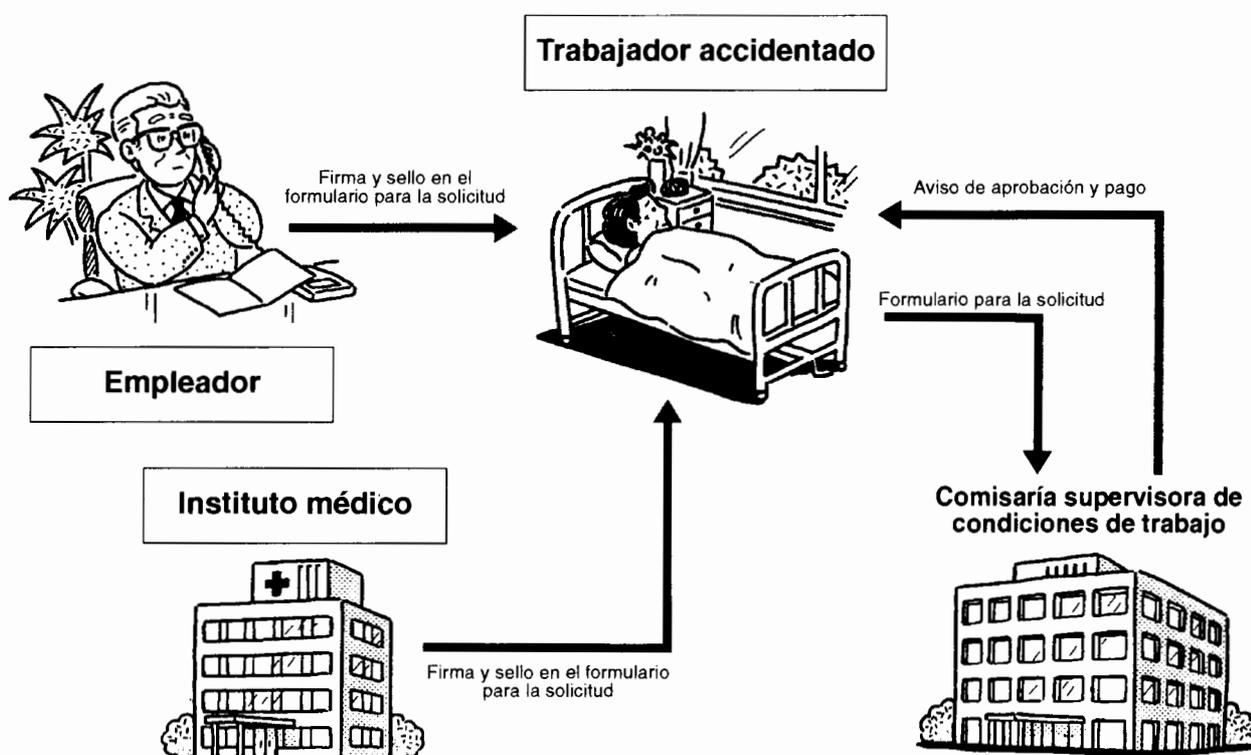
La cantidad jornal básica para calcular los subsidios para (la compensación por) la ausencia se alterará teniendo en cuenta la fluctuación del sueldo, si es mayor del 10 por ciento del que recibía en el momento que se lesionó o comenzó la enfermedad (o la cantidad alterada es que hubo alguna alteración). Al pasar un año y medio, se aplicarán los límites superior e inferior según la edad (Jornal básico para los subsidios para la ausencia)

El jornal básico para calcular las pensiones para (la compensación por) la enfermedad o lesión, para (la compensación por) la incapacidad y para (la compensación a) la familia sobreviviente, se alterará tomando en cuenta la fluctuación del sueldo entre el año fiscal en el que se enfermó o se lesionó y el año fiscal anterior, aplicándose también los límites superior e inferior (jornal básico de pensiones). La aplicación de estos límites se efectuará desde el primer mes del pago de las pensiones.

## DESEMBOLSO PROPIO

Los accidentados en el viaje al/del trabajo que vayan a a recibir los subsidios para la recuperación de la salud tendrán que encargarse de 200 yenes (100 yenes en caso de empleados diarios asegurados) desde el primer pago.

### PROCEDIMIENTOS PARA LA SOLICITUD:



Para solicitar el pago de los subsidios para (la compensación por) la ausencia, por favor presente al comisionado supervisor de condiciones de trabajo competente el formulario para la solicitud (el formulario No. 8 cuando se trata de los subsidios para la compensación por la ausencia, y el No. 16-6 para los subsidios para la ausencia), debidamente llenado. En este caso, se puede pedir todo el monto correspondiente a los días ausentados o a plazos, aunque será conveniente recibir por mes cuando el período de ausencia es relativamente largo.

Si usted trabajó parte del horario establecido en los días no pagados a causa de la recuperación

de la salud, por favor presente adjunto el anexo 2 de los formularios No. 8 ó No. 16.-6.

La solicitud de los subsidios especiales para la ausencia se hace, en general, junto con la de los subsidios para (la compensación por) la ausencia en el mismo formulario.

---

## **FECHA LIMITE PARA LA SOLICITUD**

---

El derecho a recibir los subsidios para (la compensación por) la ausencia se genera cada día en que ausenta del trabajo para la recuperación de la salud, pero caduca dentro de dos años contados desde el día siguiente.

# Example of How to Fill in the Application

A - 2

様式第8号(表面) 労働者災害補償保険

標準字体

ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン	
エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ		
オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	

〇満点、半満点は一文字として書いてください。(例) カ"ハ"

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

〇裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には、(▲)の所を谷に折り、(▼)の所を谷に折り、さらに2つ折りにしてください。

労働者災害補償保険 休業補償給付支給請求書 第 同 01234  
 休業特別支給金支給申請書 (同一傷病分) 56789

(注意) 一、記入する事項は、必ず裏のガイドラインの指示に従って記入してください。二、記入する事項は、必ず裏のガイドラインの指示に従って記入してください。三、記入する事項は、必ず裏のガイドラインの指示に従って記入してください。

① 労働者番号 A-3  
 ② 労働者の性別 A-4  
 ③ 労働者の生年月日 A-5  
 ④ 傷又は発病年月日 A-6  
 ⑤ 労働者番号 A-8  
 ⑥ 労働者の氏名 A-7  
 ⑦ 労働者の住所 A-10  
 ⑧ 平均賃金 A-9  
 ⑨ 特別給与の額 A-13  
 ⑩ 療養のため労働できなかった期間 A-14  
 ⑪ 療養の現況 A-15  
 ⑫ 療養のため労働できなかったと認められる期間 A-16  
 ⑬ 療養の部位及び傷病名 A-17  
 ⑭ 療養の期 A-18  
 ⑮ 療養の現況 A-19  
 ⑯ 療養のため労働できなかったと認められる期間 A-20  
 ⑰ 療養の部位及び傷病名 A-21  
 ⑱ 療養の期 A-22  
 ⑲ 療養の現況 A-23  
 ⑳ 療養のため労働できなかったと認められる期間 A-24  
 ㉑ 療養の部位及び傷病名 A-25  
 ㉒ 療養の期 A-26  
 ㉓ 療養の現況 A-27  
 ㉔ 療養のため労働できなかったと認められる期間 A-28  
 ㉕ 療養の部位及び傷病名 A-29  
 ㉖ 療養の期 A-30  
 ㉗ 療養の現況 A-31  
 ㉘ 療養のため労働できなかったと認められる期間 A-32  
 ㉙ 療養の部位及び傷病名 A-33  
 ㉚ 療養の期 A-34  
 ㉛ 療養の現況 A-35  
 ㉜ 療養のため労働できなかったと認められる期間 A-36  
 ㉝ 療養の部位及び傷病名 A-37

労働者番号 A-31 年 月 日 住所 A-34 (方) A-36  
 請求人 A-31 年 月 日 住所 A-34 (方) A-36  
 申請人 A-31 年 月 日 住所 A-34 (方) A-36  
 氏名 A-31 年 月 日 住所 A-34 (方) A-36

労働基準監督署長 殿 A-37

(物品番号 7231) 8.5

- A - ① -----> 1. Este es el "Formulario para la solicitud de los subsidios para (la compensación por) la ausencia y de los subsidios especiales para la ausencia".
- A - ② -----> 2. Para un accidente en el viaje al/del trabajo, favor de usar el 様式第16号の6.
- A - ③ -----> 3. Escriba el número del seguro de trabajo, de no saberlo pregunte al empleador.
- A - ④ -----> 4. Escriba el sexo del/la trabajador/a accidentado/a. Escriba 「1」 si es masculino, y 「2」 si es femenino.
- A - ⑤ -----> 5. Escriba la fecha de nacimiento del/la trabajador/a accidentado según el calendario japonés.
- A - ⑥ -----> 6. Escriba la fecha en que sufrió la lesión o se enfermó.
- A - ⑦ -----> 7. Escriba el nombre y el apellido del/la trabajador/a accidentado/a.
- A - ⑧ -----> 8. Escriba el nombre y el apellido del/la trabajador/a accidentado/a en "katakana", de no saberlo pregunte a quien lo sepa.
- A - ⑨ -----> 9. Escriba la edad del/la trabajador/a accidentado/a.
- A - ⑩ -----> 10. Escriba la dirección del/la trabajador/a accidentado/a.
- A - ⑪ -----> 11. Escriba las fechas inicial y final de la ausencia según el calendario.
- A - ⑫ -----> 12. Escriba el número de días que no pudo trabajar por la recuperación de la salud.
- A - ⑬ -----> 13. Entre los días mencionados en el espacio 12, escriba el número de días que no recibió sueldo.
- A - ⑭~⑳ -----> 14-20. 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」 del espacio 14 cuando se trata de una nueva cuenta, y el 「変更」 cuando se trata de un cambio a otra. Escriba en el espacio 15 el nombre de la institución financiera, el nombre de la sucursal en el 16, y el nombre del titular de la cuenta en el 17. En el espacio 18 escriba el número de la cuenta y en el 19 el nombre del titular de la misma en "katakana". Si es una cuenta de ahorros, escriba 「1」 en el espacio 20, y si es una cuenta corriente, escriba 「3」 en el mismo.
- A - 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.
- A - ㉔ -----> 24. Escriba el nombre de la comisaría supervisora de condiciones de trabajo a cuya jurisdicción pertenece el lugar de trabajo.
- A - ㉕~㉗ -----> 25-30. Estos espacios son para el médico o el dentista. Escriba la parte lesionada o enferma en el espacio 25, el período que necesita para la recuperación en el espacio 26, el proceso de desarrollo de la lesión o la enfermedad en el 27, la dirección del hospital o clínica en el 28, el nombre del hospital o la clínica en el 29, y el nombre del médico o el dentista encargado en el 30.
- A - ㉘ -----> 31. Escriba la fecha en que presenta este formulario.
- A - ㉙ -----> 32. Escriba el código postal del solicitante.
- A - ㉚ -----> 33. Escriba el número de teléfono del solicitante.
- A - ㉛ -----> 34. Escriba la dirección del solicitante.
- A - ㉜ -----> 35. Escriba el nombre del solicitante.
- A - ㉝ -----> 36. Selle o firme.
- A - ㉞ -----> 37. Escriba el nombre de la comisaría supervisora de condiciones de trabajo en cuya jurisdicción se encuentra el lugar de su trabajo.

B - ① 様式第8号(裏面)

① 労働者の職種 B - ②		② 負傷又は発病の時刻 午前 午後 B - ③ 分頃		③ 平均賃金(算定内訳別紙1のとおり) B - ④ 円 銭	
④ 所定労働時間 B - ⑤ 分から午後 時 分まで		⑤ 休業補償給付額、休業特 (平均給与別) 別支給金額の改定比率 (証明書のとりわり)			
⑥ 災害の原因及び発生状況(災害発生場所、作業内容、状況等を簡単に記載すること。)					
B - ⑥					
基礎年金番号 B - ⑦		⑧ 被保険者資格の取得年月日 B - ⑧ 年 月 日			
⑦ 厚生年金保険等の支給関係	⑨ 当該傷病に関して支給される年金の種類等	年金の種類 B - ⑨		⑩ 厚生年金保険法のイ 障害厚生年金 B - ⑩	
		障害等級 B - ⑪		⑪ 国民年金法のハ 障害基礎年金 B - ⑪	
		支給される年金の額 B - ⑫		⑫ 船員保険法のホ 障害年金 B - ⑫	
		支給されることとなった年月日 B - ⑬		B - ⑬ 年 月 日	
		基礎年金番号(イ)等の年金注記の年金コード B - ⑭		B - ⑭	
		所属社会保険事務所等 B - ⑮		B - ⑮	

(注 意)

一、 請求人は、申請人(被保険者)が特別加入者であるときは、その特別加入者であることを証明することによって、支給を受けることができる。

二、 請求人は、申請人(被保険者)が特別加入者であるときは、その特別加入者であることを証明することによって、支給を受けることができる。

三、 請求人は、申請人(被保険者)が特別加入者であるときは、その特別加入者であることを証明することによって、支給を受けることができる。

四、 請求人は、申請人(被保険者)が特別加入者であるときは、その特別加入者であることを証明することによって、支給を受けることができる。

五、 請求人は、申請人(被保険者)が特別加入者であるときは、その特別加入者であることを証明することによって、支給を受けることができる。

六、 請求人は、申請人(被保険者)が特別加入者であるときは、その特別加入者であることを証明することによって、支給を受けることができる。

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄

削 字 ④

加 字

社会保険士 労働 職 記	作成年月日・提出代行書・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		⑥	

- B - ① -----> 1. Escriba lo más concretamente posible la clase de trabajo del/de la trabajador/a accidentado/a.
- B - ② -----> 2. Escriba la hora en que se lesionó o se enfermó.
- B - ③ -----> 3. Escriba el sueldo promedio.
- B - ④ -----> 4. Escriba el horario oficial de trabajo.
- B - ⑤ -----> 5. Describa lo más concretamente posible, cuándo, en qué situación y cómo tuvo el accidente.
- B - ⑥ -----> 6. Si está asegurado por otros seguros tales como de las pensiones de bienestar, escriba el número de la pensión básica.
- B - ⑦ -----> 7. Escriba la fecha en que inscribió el seguro de las pensiones de bienestar y otros.
- B - ⑧ -----> 8. Favor de marcar con un ○ 「イ」 cuando se le pague una pensión para la incapacidad y 「ロ」 cuando se le pague una pensión del bienestar de los incapacitados bajo la ley de seguros de previsión social por la lesión o enfermedad en cuestión.
- B - ⑨ -----> 9. Favor de marcar con un ○ 「ハ」 cuando se le pague una pensión para los incapacitados, y 「ニ」 cuando se le pague una pensión básica para los incapacitados.
- B - ⑩ -----> 10. Marque 「ホ」 con un ○ cuando se le pague una pensión para los incapacitados por la ley de seguros para marineros a causa de la lesión o enfermedad en cuestión.
- B - ⑪~⑯ -----> 11-16. Este espacio es para las personas correspondientes en los espacios 45~47. En el espacio 48, escriba la categoría correspondiente de incapacidad para las pensiones, el monto de las pensiones que recibe en el 49. la fecha en que comenzo a recibir las pensiones en el 50, el código de la pensión de la póliza de dicha pensión en el 51, y el nombre de la oficina de seguros sociales que maneja dicha pensión en el 52.

## ACERCA DEL SUBSIDIO PARA (LA COMPENSACION POR) LESIONES O ENFERMEDAD

Al pasar un año y seis meses desde que comenzó la recuperación de la salud a causa de una lesión o enfermedad sufrida durante el trabajo o el viaje al/del trabajo, se pagará desde ese día pensiones para la compensación por lesiones o enfermedad (en caso de accidentes durante el trabajo) o pensiones para lesiones o enfermedad (en caso de accidentes durante el viaje al/del trabajo, que en adelante se referirá a ambos como "pensiones para (la compensación por) lesiones o enfermedad") siempre y cuando esté bajo las siguientes condiciones :

- (1) Que la lesión o la enfermedad no haya curado.
- (2) Que el grado de la incapacidad causada por la lesión o la enfermedad corresponda a alguna de las categorías enlistadas de incapacidades.

### EL MONTO QUE SE PAGA :

Se pagarán las pensiones para (la compensación por) lesiones o enfermedad, subsidio especial por lesiones o enfermedad, o pensiones especiales para lesiones o enfermedad con los siguientes montos según el grado de la incapacidad :

Categoría de gravedad	Pensión para (la compensación por) lesiones o enfermedad	Subsidio especial para lesiones o enfermedad (Pagado de una vez)	Pensión especial para lesiones o enfermedad
Primer grado	Monto equivalente a 313 días del jornal básico	1.140.000 yenes	Monto equivalente a 313 días del jornal básico
Segundo grado	Monto equivalente a 277 días del jornal básico	1.070.000 yenes	Monto equivalente a 277 días
Tercer grado	Monto equivalente a 245 días del jornal básico	1.000.000 yenes	Monto equivalente a 245 días

### \*MESES DEL PAGO

Las pensiones para (la compensación por) lesiones o enfermedad se comenzarán a pagar desde el siguiente mes de la aprobación de la solicitud. Se entregará el total de dos meses anteriores en febrero, abril, junio, agosto, octubre y diciembre.

## 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.

**\* Al comenzarse a pagar las pensiones para (la compensación por) lesiones o enfermedad,** seguirá siendo entregado el subsidio para (la compensación por) la recuperación de la salud, pero no se pagará el subsidio para (la compensación por) la ausencia.

## PROCEDIMIENTOS :

La aprobación de la solicitud por las pensiones para (la compensación por) lesiones o enfermedad está a cargo del comisionado supervisor de condiciones de trabajo competente sin solicitud por parte del recipiente, aunque este último deberá presentar el formulario No. 16-2 sobre el estado de la salud al comisionado supervisor en el curso de un mes desde que haya hecho un año y seis meses después de comenzar la recuperación de la salud sin haberla logrado.

En caso de que no cumpla los requisitos para la aprobación de las pensiones para (la compensación por) lesiones o enfermedad aún después de transcurrir un año y seis meses desde el comienzo de la recuperación de la salud, hay que presentar un informe (formulario No. 16-11) sobre el estado de la salud junto con la solicitud del subsidio para la (compensación por) ausencia cada mes.

# Example of How to Fill in Application

様式第16号の2

## C-① 労働者災害補償保険

### 傷病の状態等に関する届

① 労働保険番号	府県	所管	管轄	基幹番号	枝番号	負傷又は ③ 発病 年月日	C-⑧ 年 月 日
フリガナ	C-②						
② 氏名	C-③				C-④ (男・女)		
労働者の 生年月日	C-⑤	年	月		C-⑥ (歳)		
フリガナ						療養開始 ④ 年月日	C-⑨ 年 月 日
住所	C-⑦						
⑤ 傷病の名称、 部位及び状態	C-⑩	(診断書のとおり。)					
⑥ 厚生年金 保険等 の受給関係	基礎年金番号	C-⑪	被保険者資格 の取得年月日	C-⑫	年	月	日
	年金の種類	厚生年金保険法の		イ 障害年金	ロ 障害厚生年金	C-⑬	
	当該傷病に 関して支給され る年金の種類 等	国民年金法の		イ 障害年金	ロ 障害基礎年金	C-⑭	
		船員保険法の障害年金				C-⑮	級
	障害等級	C-⑯					
	支給される年金の額	C-⑰ 円					
	支給されることとなった年月日	C-⑱ 年 月 日					
基礎年金番号・厚生等の 年金証書の年金コード	C-⑲						
所轄社会保険事務所等	C-⑳						
⑦ 添付する書類 その他の資料名	C-㉑						
⑧ 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	名称	※ 金融機関 店舗コード		C-㉒	銀行・金庫 農協・漁協・信組	C-㉓ 本店 支店 支所
		預金通帳の 記号番号	普通・当座 第 C-㉔ 号				
	郵便局	名称	フリガナ C-㉕ 郵便局				
		所在地	都道府県	C-㉖	市郡区		
		郵便貯金通帳 の記号番号	第 C-㉗ 号				

上記のとおり届けます。

郵便番号 C-⑩ -

C-⑳ 年 月 日

電話番号 B-㉑ 局番

住所 C-㉒

C-㉓ 労働基準監督署長 殿

届出人の

氏名 C-㉔ ㉕

- [注意] 1 ※印欄には記載しないこと。  
 2 記載すべき事項のない欄には斜線を引き、事項を選択する場合には該当のない事項を消すこと。  
 3 ⑧については、傷病補償年金又は傷病年金を受けることとなる場合において、傷病補償年金又は傷病年金の払渡しを金融機関から受けることを希望する者については「金融機関」欄に、傷病補償年金又は傷病年金の払渡しを郵便局から受けることを希望する者については「郵便局」欄に、それぞれ記載すること。  
 なお、郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であって振替預入によらないときは、「郵便貯金通帳の記号番号」の欄は記載する必要はないこと。

(物品番号 6915) 10.2

- C - ① -----> 1. Este es el formulario para el informe sobre el estado de la salud.
- C - 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.
- C - ③ -----> 3. Escriba el nombre del/la trabajador/a accidentado/a.
- C - ④ -----> 4. Favor de marcar con  el sexo del/la trabajador/a accidentado/a. Si es masculino, marque el 「男」, y si es femenino, 「女」.
- C - ⑤ -----> 5. Escriba la fecha de nacimiento del/la trabajador/a accidentado/a.
- C - ⑥ -----> 6. Escriba la edad del/la trabajador/a accidentado/a.
- C - ⑦ -----> 7. Escriba la dirección del trabajador/a accidentado/a.
- C - ⑧ -----> 8. Escriba la fecha y la hora cuando sufrió la lesión y se enfermó.
- C - ⑨ -----> 9. Escriba la fecha del comienzo de la recuperación de la salud.
- C - ⑩ -----> 10. Escriba el nombre de la enfermedad o la parte lesionada.
- C - ⑪ -----> 11. En caso de que el/la trabajador/a haya contratado el seguro de previsión social, escriba el número de la pensión básica.
- C - ⑫ -----> 12. Escriba la fecha en que contrató el seguro de previsión social.
- C - ⑬ -----> 13. Favor de marcar con un  「イ」 cuando se le pague una pensión para la incapacidad, y 「□」 cuando se le pague una pensión de previsión social para el bienestar de los incapacitados bajo la ley de seguros de previsión social por la lesión o enfermedad en cuestión.
- C - ⑭ -----> 14. Favor de marcar con un  「イ」 cuando se le pague una pensión para la incapacidad, y 「□」 cuando se le pague una pensión básica para la incapacidad bajo la ley de pensión nacional por la lesión o enfermedad en cuestión.
- C - ⑮ -----> 15. 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.
- C - ⑯~⑳ -----> 16-20. Este espacio es para las personas correspondientes en los espacios 13~15. En el espacio 16, escriba el grado correspondiente de incapacidad, el monto de la pensión que reciben en el 17, la fecha en que comenzó a recibir la pensión en el 18, el número de la pensión básica y el código de la pensión de la póliza de dicha pensión en el 19, y el nombre de la oficina de seguros sociales que maneja dicha pensión en el 20.
- C - ㉑ -----> 21. Si hay otros documentos a presentar juntos, escriba qué documentos.
- C - ㉒~㉓ -----> 22-27. Estos espacios son para designar la cuenta por la que usted desea recibir las pensiones. En caso de que desee hacerlo a través de alguna institución financiera, escriba el nombre de la misma en el espacio 22, el nombre de la sucursal en el 23 y el número de su cuenta en el 24. Si desea hacerlo a través de alguna oficina de correos, escriba el nombre de la misma en el espacio 25, la dirección en el 26 y el número de la cuenta de ahorros en el 26.
- C - ㉔ -----> 28. Escriba la fecha en que presenta la solicitud.
- C - ㉕ -----> 29. Escriba el nombre de la comisaría supervisor de condiciones de trabajo a cuya jurisdicción pertenece el lugar de trabajo.
- C - ㉖ -----> 30. Escriba el código postal del solicitante.
- C - ㉗ -----> 31. Escriba el número de teléfono del solicitante.
- C - ㉘ -----> 32. Escriba la dirección del solicitante.
- C - ㉙ -----> 33. Escriba el nombre del solicitante.
- C - ㉚ -----> 34. Selle o firme.

**EXPLICACION SOBRE LOS SUBSIDIOS POR EL SEGURO DE TRABAJO**



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