

SEGURO DE ACIDENTES DO TRABALHO

**Modo de requerer a cobertura (de
despesas) de assistência médica**

Para tratamento médico por lesão
ou doença resultante de acidente
ocorrido no trabalho ou no percurso de
ida ou volta ao trabalho

Ministério do Trabalho

Departamentos de Normas Trabalhistas Metropolitanos e Provinciais
Inspetorias de Normas Trabalhistas



O trabalhador que sofre lesão ou adoece por motivo relacionado ao seu emprego, ou no percurso de ida ou volta ao trabalho, e necessita de tratamento médico tem direito a cobertura de despesas de assistência médica (em caso de acidente ocorrido no trabalho) ou a cobertura de assistência médica (em caso de acidente ocorrido no percurso de ida ou volta ao trabalho). Ambos os benefícios são denominados abaixo “cobertura (de despesas) de assistência médica”.

Os tipos de cobertura (de despesas) de assistência médica disponíveis são chamados de tratamento médico e de custeio de assistência médica.

Descrição dos benefícios

- O tratamento médico consiste na prestação da assistência nos hospitais do seguro do trabalhador e nos hospitais, clínicas e farmácias autorizados (doravante designados “hospital ou outro estabelecimento autorizado”).
- O custeio de assistência médica consiste na cobertura das despesas de assistência prestada ao trabalhador em hospitais, clínicas, farmácias e outros estabelecimentos não autorizados, em razão de não haver hospital ou outro estabelecimento autorizado nas redondezas.

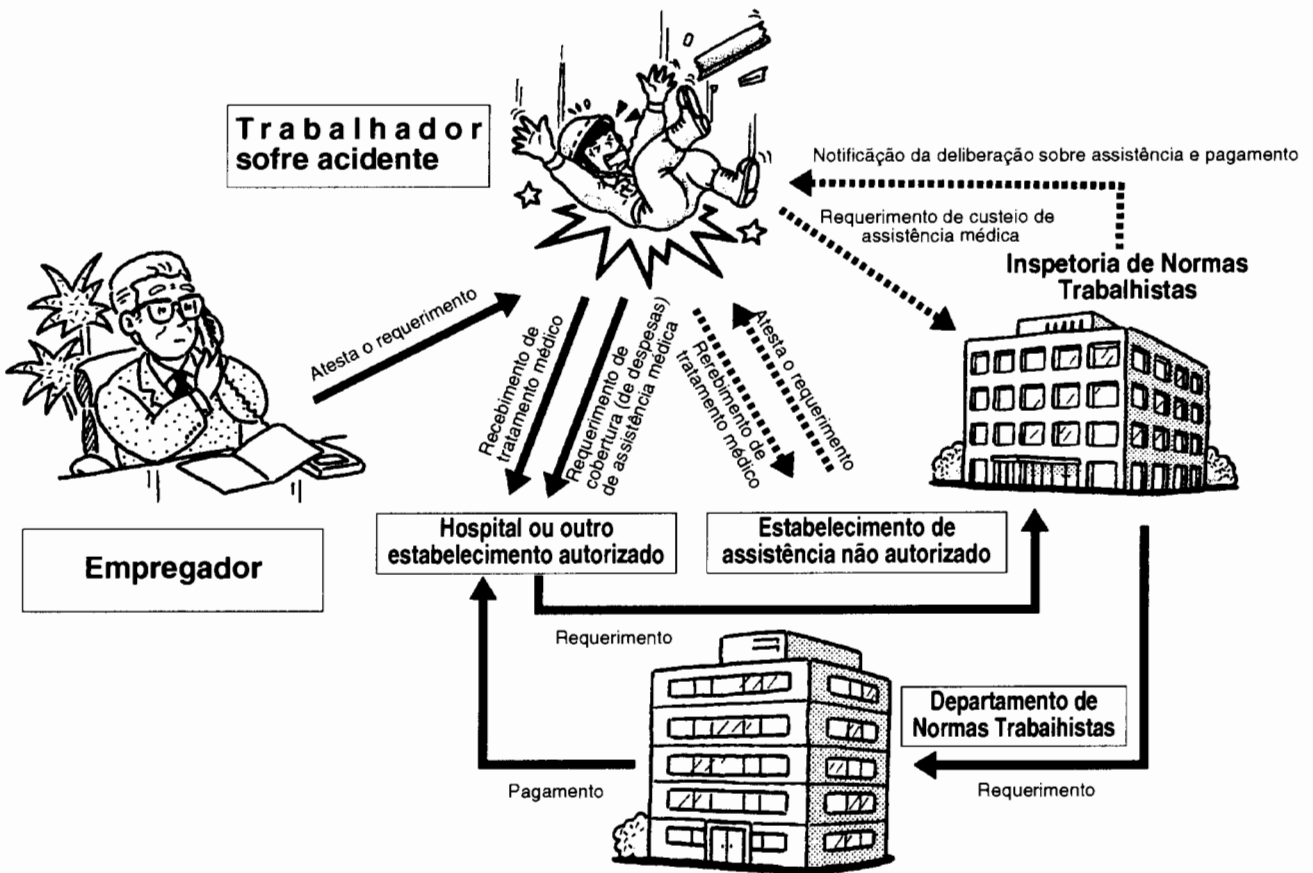
A abrangência e o período do tratamento médico são iguais para os dois benefícios.

A cobertura (de despesas) de assistência médica abrange despesas normalmente necessárias ao tratamento, tais como despesas médicas, enfermagem, transporte, etc. É provida até que a lesão ou a doença do trabalhador esteja consolidada.

O que significa “estar consolidada” ?

A cobertura (de despesas) de assistência médica é provida até que a lesão ou a doença esteja consolidada. Aqui, “estar consolidada” significa que a condição da lesão ou os sintomas da doença estejam estabilizados e que nenhuma alteração posterior seja prevista com a continuação de tratamento amplamente praticado pela medicina. É o que se denomina de “estabilização dos sintomas”. Portanto, “estar consolidada” não equivale necessariamente à recuperação do estado original de saúde.

Modo de requerer



● Para requerer a cobertura do tratamento médico

Através do hospital ou outro estabelecimento autorizado em que receber tratamento médico, encaminhe o Requerimento de Assistência Médica por Cobertura de Despesas (formulário No 5) ou o Requerimento de Assistência Médica por Atendimento (formulário No 16-3) ao diretor da respectiva Inspetoria de Normas Trabalhistas.

● Para requerer o custeio de assistência médica

Encaminhe o Requerimento de Custeio de Assistência Médica por Cobertura de Despesas (formulário No 7) ou o Requerimento de Custeio de Assistência Médica por Atendimento (formulário No 16-5) ao diretor da respectiva Inspetoria de Normas Trabalhistas.

● Para mudar de hospital ou outro estabelecimento autorizado

Este procedimento aplica-se ao trabalhador que esteja recebendo tratamento médico em hospital ou outro estabelecimento autorizado e deseje mudar de estabelecimento em razão de retorno a sua cidade de origem ou por outros motivos. Através do hospital ou outro estabelecimento autorizado em que estiver recebendo tratamento médico, encaminhe a Notificação de (Mudança de) Hospital ou outro Estabelecimento Autorizado para Recebimento de Assistência Médica por Cobertura de Despesas (formulário No 6) ou a Notificação de (Mudança de) Hospital ou outro Estabelecimento Autorizado para Recebimento de Assistência Médica por Atendimento (formulário No 16-4) ao diretor da respectiva Inspetoria de Normas Trabalhistas.

Período de validade do requerimento

Quanto ao tratamento médico, que por si só consiste no próprio benefício, não há problema de limite de validade. Quanto ao direito de requerer o custeio de assistência médica, é importante notar que se limita ao período de dois anos a partir da data de concessão do benefício.

Exemplo de preenchimento do requerimento

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険

裏面に記載してある注意事項をよく読んで、記入してください。

標準字体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	ヌ	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	

療養補償給付たる療養の給付請求書

① 管轄局番 ② 業種別 ③ 保留 ④ 受付年月日

⑤ 府県 ⑥ 所業 ⑦ 管轄 ⑧ 基幹番号 ⑨ 技番号 ⑩ 処理区分 ⑪ 支給・不支給決定年月日

⑫ 性別 ⑬ 労働者の生年月日 ⑭ 自傷又は発症年月日 ⑮ 車種番号

⑯ 氏名 ⑰ フリガナ ⑱ 住所 ⑲ 職名 ⑳ 職種

㉑ 災害の原因及び発生状況

㉒ 指定病院等の名称 ㉓ 所在地 ㉔ 電話番号 ㉕ 郵便番号

㉖ 傷病の部位及び状態

㉗ 事業の名称 ㉘ 事業場の所在地 ㉙ 電話番号 ㉚ 郵便番号

㉛ 事業士の氏名

㉜ 労働者の所属事業場の名称・所在地

㉝ 診断書 ㉞ 経由 ㉟ 請求人の氏名

㊱ 支給決定年月日

㊲ 調査年月日

㊳ 復命書番号

㊴ 不支給決定の理由

㊵ 不支給決定の議書

㊶ 不支給決定の議書

㊷ 不支給決定の議書

㊸ 不支給決定の議書

㊹ 不支給決定の議書

㊺ 不支給決定の議書

㊻ 不支給決定の議書

㊼ 不支給決定の議書

㊽ 不支給決定の議書

㊾ 不支給決定の議書

㊿ 不支給決定の議書

物品番号 7210 6.11)

Escreva a data e a hora exata em que o trabalhador sofreu a lesão ou começou a apresentar os sintomas da doença.

Nome e cargo de pessoa que tenha confirmado a ocorrência do acidente ou da doença. Em caso de doença, em que geralmente não há essa pessoa, pode-se deixar o item em branco.

Função do trabalhador. Seja o mais específico possível para que fique claro a atividade que ele exercia.

Descreva com clareza o lugar onde aconteceu o acidente: que tarefa o trabalhador desempenhava no momento do acidente; com que objeto lidava, em que circunstância ou em que condição ocorreu; e como o acidente aconteceu.

É necessária a certificação pelo empregador.

Preenche-se este item quando o local de trabalho a que o trabalhador está diretamente vinculado não é o mesmo local de trabalho citado no item acima (filial, fábrica ou local de construção que adota a cobertura coletiva).

Nome da Inspeção de Normas Trabalhistas cuja jurisdição abrange o local de trabalho a que o trabalhador está diretamente vinculado.

- A - ① -----> 1. Este é o Requerimento de Assistência Médica por Cobertura de Despesas.
- A - ② -----> 2. Em caso de acidente ocorrido no percurso de ida ou volta ao trabalho, utilize o requerimento Yoshiki Dai-16-go no 3 「様式第16号の3」 (formulário No 16-3).
- A - ③ -----> 3. Escreva o número de seguro do trabalhador. (Pedindo ao empregador que confirme o número.)
- A - ④ -----> 4. Enpaço para indicar o sexo do trabalhador acidentado : escreva “1”, se for masculino, ou “3”, se for feminino.
- A - ⑤ -----> 5. Data de nascimento do trabalhador acidentado (escreva o ano correspondente ao calendário japonês).
- A - ⑥ -----> 6. Data em que o trabalhador sofreu a lesão ou começou a apresentar os sintomas da doença (escreva o ano correspondente ao calendário japonês).
- A - ⑦ -----> 7. Nome completo do trabalhador acidentado.
- A - ⑧ -----> 8. Pronúncia do nome do trabalhador em caracteres katakana 「かたかな」 (peça a alguém para escrever, se você não souber : nesse caso, pronuncie cada sílaba do nome claramente para que a pessoa possa escrever).
- A - ⑨ -----> 9. Idade do trabalhador acidentado.
- A - ⑩ -----> 10. Endereço do trabalhador acidentado.
- A - ⑪ -----> 11. Função do trabalhador. Seja o mais específico possível para que fique claro a atividade que ele exercia.
- A - ⑫ -----> 12. Hora exata em que sofreu a lesão ou começou a apresentar os sintomas da doença.
- A - ⑬ -----> 13. Cargo de pessoa que tenha confirmado a ocorrência do acidente (que não o próprio trabalhador acidentado).
- A - ⑭ -----> 14. Nome de pessoa que tenha confirmado a ocorrência do acidente (que não o próprio trabalhador acidentado).
- A - ⑮ -----> 15. 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.
- A - ⑯&⑰ -----> 16 e 17. Itens que o próprio hospital deverá preencher : em 16, o nome, endereço e outros dados referentes ao hospital ; em 17, a parte do corpo afetada pela lesão ou doença e a condição da mesma.
- A - ⑱&⑳ -----> 18 - 20. Itens que o empregador deverá preencher, atestando quando e como o trabalhador sofreu o acidente : em 18, a denominação do estabelecimento ; em 19, o endereço do estabelecimento : em 20, o nome do empregador.
- A - ㉑ -----> 21. 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.
- A - ㉒ -----> 22. Nome da Inspeção de Normas Trabalhistas cuja jurisdição abrange o local de trabalho a que o trabalhador está diretamente vinculado.
- A - ㉓ -----> 23. Data de apresentação do requerimento.
- A - ㉔ -----> 24. Código postal correspondente ao endereço do solicitante.
- A - ㉕ -----> 25. Número de telefone do solicitante.
- A - ㉖ -----> 26. Nome do hospital.
- A - ㉗ -----> 27. Endereço do solicitante.
- A - ㉘ -----> 28. Nome do solicitante.
- A - ㉙ -----> 29. Espaço reservado para o carimbo pessoal, mas aceita-se também a assinatura.

● Não preencha o item marcado com um asterisco (*).

● Para esclarecer dúvidas sobre o preenchimento deste requerimento, comunique-se com a Inspeção de Normas Trabalhistas ou consulte o seu empregador.

Em Caso de Acidente no Percurso de Ida ou Volta ao Trabalho

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 午後	B - 2 時 分	③ 災害発生の場所	B - 3
④ 災害発生の日の就業の場所	B - 4		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 午後 B - 5 時 分
⑥ 災害発生の日に住居を離れた時刻	午前 午後	B - 6 時 分	⑦ 災害発生の日に就業の場所を離れた時刻	午前 午後 B - 7 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の場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況	B - 8			
(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 - 10			
⑩ 現認者の	住所	B - 11		電話番号 B - 12 局番
	氏名	B - 12		

Para preenchimento quando a solicitação é feita com o formulário No 16-3.

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.




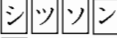


Nome de pessoa que tenha confirmado a ocorrência do acidente. Se não houver tal pessoa, deixe o item em branco.

[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⑨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⑦は記入しないでください。
- ⑧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。
- 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してください。
- 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はありません。
- 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はありません。
- 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「文字」として書いてください。
(例) キツテ →  キヨ →  バ → 
-  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。
-  はカギをつけずに垂直に、 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	⑪	社会保険 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電話 番号

- B - ① -----> 1. Este espaço no verso do Requerimento de Assistência Médica por Atendimento é reservado para Dados sobre Acidente no Percurso de Ida ou Volta ao Trabalho. Não há nenhum espaço para estes dados no Requerimento de Assistência Médica por Cobertura de Despesas (Yoshiki Dai-5-go, 「様式第5号」 formulário No 5), da página anterior.
- B - ② -----> 2. Escreva a hora exata em que o trabalhador sofreu a lesão ou começou a apresentar os sintomas da doença.
- B - ③ -----> 3. Local em que aconteceu o acidente.
- B - ④ -----> 4. Lugar onde estava trabalhando no dia em que aconteceu o acidente.
- B - ⑤ -----> 5. Se o acidente aconteceu no percurso de ida ao trabalho, escreva o horário previsto para o início da jornada de trabalho. Se o acidente aconteceu no percurso de retorno do local de trabalho, escreva o horário previsto para o final da jornada de trabalho.
- B - ⑥ -----> 6. Hora em que o trabalhador saiu da sua moradia. O preenchimento é desnecessário se o acidente aconteceu no percurso de retorno do local de trabalho.
- B - ⑦ -----> 7. Hora em que o trabalhador saiu do local de trabalho. O preenchimento é desnecessário se o acidente aconteceu no percurso de ida da moradia ao local de trabalho.
- B - ⑧ -----> 8. Desenhe um mapa com o percurso habitual entre a moradia e o local de trabalho. Indique claramente o local em que aconteceu o acidente, bem como a rota e o meio de locomoção que o trabalhador utilizou no dia do acidente desde a moradia, ou local de trabalho, até o ponto em que aconteceu o acidente.
- B - ⑨ -----> 9. Tempo normalmente necessário para a locomoção entre a moradia e o local de trabalho.
- B - ⑩ -----> 10. 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.
- B - ⑪~⑬ -----> 11-13. Dados sobre pessoa que tenha confirmado a ocorrência do acidente (que não o próprio trabalhador acidentado) : Em 11, o endereço da pessoa ; em 12, o nome ; e, em 13, o número de telefone.

- C - ① -----> 1. Este é Requerimento de Custeio de Assistência Médica por Cobertura de Despesas.
- C - ② -----> 2. Em caso de acidente ocorrido no percurso de ida ou volta ao trabalho, utilize o requerimento Yoshiki Dai-16-go no 5 (1) 「様式第16号の5(1)」 (formulário No 16-5(1)).
- C - ③ -----> 3. Escreva o número do seguro do trabalhador. (Pedindo ao empregador que confirme o número.)
- C - ④ -----> 4. Número do certificado de pensão em caso de pensionista do Seguro de Acidentes do Trabalho.
- C - ⑤ -----> 5. Espaço para indicar o sexo do trabalhador acidentado : escreva “1”, se for masculino, ou “3”, se for feminino.
- C - ⑥ -----> 6. Data de nascimento do trabalhador acidentado (escreva o ano correspondente ao calendário japonês).
- C - ⑦ -----> 7. Data em que o trabalhador sofreu a lesão ou começou a apresentar os sintomas da doença (escreva o ano correspondente ao calendário japonês).
- C - ⑧ -----> 8. Nome completo do trabalhador acidentado.
- C - ⑨ -----> 9. Pronúncia do nome do trabalhador em caracteres katakana 「かたかな」 (Peça a alguém para escrever, se você não souber ; nesse caso pronuncie o nome claramente para que a pessoa possa escrever).
- C - ⑩ -----> 10. Idade do trabalhador acidentado.
- C - ⑪ -----> 11. Endereço do trabalho acidentado.
- C - ⑫~⑮ -----> 12-18. Espaço para registrar pela primeira vez dados sobre conta em instituição financeira através da qual deseja receber o pagamento do benefício ou para alterar dados já registrados. Em 12, assinale com um círculo 「新規」 [shinki] , se for registro inicial, ou 「変更」 (henko), se for alteração de dados. Em 13, escreva o nome da instituição financeira ; em 14, o nome da agência ; em 17, o nome, em caracteres 「かたかな」 katakana, do titular da conta. Em 18, indique o tipo de conta : escreva “1”, se for de poupança, ou “3”, se for conta corrente.
- C - ⑰~⑳ -----> 19-21. Espaço em que o empregador atesta quando e como o trabalhador sofreu o acidente : em 19, o nome do estabelecimento ; em 20, o endereço do empregador ; e, em 21, o nome do empregador. Ao preencher estes dados, o empregador estará atestando a ocorrência do acidente.
- C - ㉒~㉘ -----> 22-28. Itens que o médico ou dentista deverá preencher : em 22, o período do tratamento ; em 23, as parta(s) do corpo lesionada(s) ou a denominação da doença ; em 24, a descrição da evolução da lesão ou da doença ; em 25, o custo do tratamento ; em 26, a localização do hospital ou clínica ; em 27, o nome do hospital ou clínica ; e, em 28, o nome do encarregado de notificar as despesas do tratamento, etc.
- C - ㉙~㉻ -----> 29-31. Seção a preencher caso tenham sido pagas despesas de enfermagem. Em 29, escreva o período em que o serviço de enfermagem foi prestado. Em 30, se a pessoa que prestou o serviço de enfermagem tem qualificação de enfermeiro(a), assinale com um círculo 「アリ」 (ari) ; se a pessoa não tem essa qualificação, assinale 「なし」 (nashi). Em 31, escreva a quantia paga pelo serviço de enfermagem.
- C - ㉼~㉾ -----> 32-35. Seção a preencher caso tenham sido pagas despesas de transporte. Em 32, escreva o percurso ; em 33, a distância, seja em um só sentido do percurso ou do trajeto de ida e volta ; em 34, o número de viagens ; e, em 35, a quantia paga pelo transporte.
- C - ㉿&㊀ -----> 36-37. Seção a preencher caso tenham sido pagas quaisquer outras despesas, além das citadas acima. Escreva, em 36, o número de notas ou recibos que discriminam as despesas e, em 37, a quantia.
- C - ㊁ -----> 38. Explique o motivo de não ter recebido a cobertura do tratamento médico.
- C - ㊂ -----> 39. Quantia total das despesas necessárias para o tratamento (soma dos valores correspondentes aos itens 25, 31, 35 e 37)
- C - ㊃ -----> 40. Nome da Inspeção de Normas Trabalhistas cuja jurisdição abrange o local de trabalho a que o trabalhador está diretamente vinculado.
- C - ㊄ -----> 41. Data de apresentação do requerimento.
- C - ㊅ -----> 42. Código postal correspondente ao endereço do solicitante.
- C - ㊆ -----> 43. Número de telefone do solicitante.
- C - ㊇ -----> 44. Endereço do solicitante.
- C - ㊈ -----> 45. Nome completo do solicitante.
- C - ㊉ -----> 46. Espaço reservado para o carimbo pessoal, mas aceita-se também a assinatura.

Mudança de hospital ou outro estabelecimento autorizado

D - 2
様式第6号

Em caso de acidente ocorrido no percurso de ida ou volta ao trabalho, utilize o formulário No 16-4.

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 所 由
診 療 局 経 由
薬 師 局
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

方 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)届けます。

Escreva a data e a hora exata em que aconteceu o acidente e a data em que o trabalhador sofreu a lesão ou começou a apresentar os sintomas da doença.

(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、③などのような場所で、③などのような作業をしているときに、③などのような物・環境又は状態で、
三、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、
四、④及び⑤は記載する必要がないこと。
五、④及び⑤は記載する必要がないこと。
六、④及び⑤は記載する必要がないこと。
七、④及び⑤は記載する必要がないこと。
八、④及び⑤は記載する必要がないこと。
九、④及び⑤は記載する必要がないこと。
十、④及び⑤は記載する必要がないこと。

① 労働保険番号		③ 氏 名		④ 負傷又は発病年月日	
府 県	所 轄	基 幹 番 号	枝 番 号	生 年 月 日	年 月 日
② 年 令 証 の 番 号		③ 労働者の職 種		D - 19 日	
管 轄 局	種 別	西 曆 年 番 号	住 所	D - 17 時 分 頃	
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		専 業 の 名 称		D - 21	
		郵便番号		D - 22	
		専 業 場 の 所 在 地		電 話 番 号	
		専 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)			
	所 在 地	D - 25			
	変 更 後 の 名 称	D - 26			
	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			

Função do trabalhador. Seja o mais específico possível para que fique claro a atividade que ele exercia.

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 aconteceu o acidente ; e como o acidente aconteceu.

Escreva dados sobre o hospital ou outro estabelecimento autorizado em que receberá o tratamento médico após o início do recebimento do benefício de pensão por lesão ou doença.

- D - ① -----> 1. Este é a Notificação de (Mudança de) Hospital ou outro Estabelecimento Autorizado para Recebimento de Assistência Médica por Cobertura de Despesas.
- D - ② -----> 2. Em caso de acidente ocorrido no percurso de ida ou volta ao trabalho, utilize o requerimento Yoshiki Dai-16-go no 4 「様式第16号の4」 (formulário No 16-4).
- D - ③ -----> 3. Nome da Inspeção de Normas Trabalhistas cuja jurisdição abrange o local de trabalho a que o trabalhador está diretamente vinculado.
- D - ④ -----> 4. Data de apresentação da notificação.
- D - ⑤ -----> 5. Nome do hospital que passa a prestar a assistência.
- D - ⑥ -----> 6. Código postal correspondente ao endereço do solicitante.
- D - ⑦ -----> 7. Endereço do solicitante.
- D - ⑧ -----> 8. Número de telefone do solicitante.
- D - ⑨ -----> 9. Nome completo do solicitante.
- D - ⑩ -----> 10. Espaço reservado para o carimbo pessoal, mas aceita-se também a assinatura.
- D - ⑪ -----> 11. Escreva o número de seguro do trabalhador. (Pedindo ao empregador que confirme o número.)
- D - ⑫ -----> 12. Número do certificado de pensão em caso de pensionista do Seguro de Acidentes do Trabalho.
- D - ⑬ -----> 13. Nome completo do trabalhador acidentado.
- D - ⑭ -----> 14. Assinale com um círculo o sexo do trabalhador acidentado: 「男」 (otoko), se for masculino, ou 「女」 (on'na), se for feminino.
- D - ⑮ -----> 15. Data de nascimento do trabalhador acidentado.
- D - ⑯ -----> 16. Idade do trabalhador acidentado.
- D - ⑰ -----> 17. Endereço do trabalhador acidentado.
- D - ⑱ -----> 18. Função do trabalhador. Seja o mais específico possível para que fique claro a atividade que ele exercia.
- D - ⑲ -----> 19. Escreva a data e a hora em que o trabalhador sofreu a lesão ou começou a apresentar os sintomas da doença.
- D - ⑳ -----> 20. 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 aconteceu o acidente; e como o acidente aconteceu.
- D - ㉑~㉓ -----> 21-23. Itens que o empregador deverá preencher, atestando quando e como o trabalhador sofreu o acidente: em 21, a denominação do estabelecimento; em 22, o endereço do estabelecimento; e, em 23, o nome do empregador. O empregador, ao preencher estes dados, estará atestando a ocorrência do acidente.
- D - ㉔ -----> 24. Nome do hospital ou outro estabelecimento autorizado que prestava a assistência anteriormente.
- D - ㉕ -----> 25. Endereço do hospital ou outro estabelecimento autorizado que prestava a assistência anteriormente.
- D - ㉖ -----> 26. Nome do hospital ou outro estabelecimento autorizado que passa a prestar a assistência.
- D - ㉗ -----> 27. Endereço do hospital ou outro estabelecimento autorizado que passa a prestar a assistência.
- D - ㉘ -----> 28. Motivo da troca de hospital ou outro estabelecimento autorizado.
- D - ㉙&㉚ -----> 29-30. Escreva, em 29, o nome do hospital ou outro estabelecimento autorizado em que receberá o tratamento médico após o início do recebimento do benefício de pensão por lesão ou doença e, em 30, o endereço do estabelecimento.
- D - ㉛ -----> 31. Descrição da lesão ou nome da doença.