

# 委任状

このたび私が請求した保険給付等を、下記のとおり事業主\_\_\_\_\_より立替払いを受けましたので、保険給付等の受領を同人に委任いたします。

## 記

- 1 保険給付等の種類（いずれかに をしてください。）
  - ・休業（補償）給付（特別支給金を含む）
  - ・療養（補償）給付たる療養の費用（メリット事業場に限る）
- 2 受領金額等

受領年月日	立替払受領額( )	期	間( )
令和 年 月 日	円	年 月 日から	年 月 日まで 日分
令和 年 月 日	円	年 月 日から	年 月 日まで 日分
令和 年 月 日	円	年 月 日から	年 月 日まで 日分
令和 年 月 日	円	年 月 日から	年 月 日まで 日分

「立替払受領額」と「期間」には待期間（休業初日から第3日目まで）を含まないこと。

令和 年 月 日

請求人氏名\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_労働基準監督署長 殿

## 再委任

請求人より受領方委任のありました、上記の保険給付等を下記へ振り込みください。

振込を希望する金融機関	
金融機関名	
支店等名称	
預金種別	普通・当座
口座番号	
口座名義人	

令和 年 月 日

受任者住所\_\_\_\_\_

受任者氏名\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_労働基準監督署長 殿