

労災保険給付受任者払承認申請書

令和 年 月 日

労働基準監督署長 殿

事業場所在地

事業場の名称

代表者氏名

労災保険にかかる保険給付又は特別支給金の受領については、当事業場において被災労働者に立替払いをしますので、受任者払いをしていただきたく誓約書を添えて下記のとおり申請します。

記

1 立替払いをする保険給付または特別支給金の種類

- イ 業務災害 …………… 療養補償給付 休業補償給付
- ロ 通勤災害 …………… 療養給付 休業給付
- ハ 特別支給金 …………… 休業特別支給金

2 受任者払いによる受領方法

指定金融機関名	銀行 金庫	支店
預貯金口座番号	普通 当座	No.
口座名		

3 労働保険番号等

労働保険番号	事務担当者氏名	電話番号
		() — (内線)

誓 約 書

令和 年 月 日

労働基準監督署長 殿

事業場名称

代表者職氏名

労災保険受任者払いを受けるにあたり、下記のとおり誓約いたします。

記

1. 療養・休業補償給付及び療養・休業給付並びに休業特別支給金は、請求の都度全額を立替払いいたします。
2. 受任者払いを受ける分については、立替払いをした時期・金額から、受任者払により受領し、精算に至るまでの出納状況を明らかにできる関係帳簿を備え付けます。
3. 本取扱いについて、いかなる紛争・事故があっても一切の責任は当方が負い、貴署へご迷惑をおかけいたしません。
4. 労働保険にかかる事務を適正・迅速に行い、労働保険料は滞納いたしません。
5. 本申請書記載事項に変更が生じた場合は、速やかに変更の届出を致します。

本請求書に該当する管内事業場

事業場名	所在地	電話番号

委 任 状

私は、本請求書にかかる療養(補償)給付、休業(補償)給付及び休業特別支給金
(令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間)
について、令和 年 月 日立替払いを受けましたので、受領の権限を

事業主 事業の名称

事業場の所在地

代表者の氏名

に委任します。

令和 年 月 日

請求人(申請人)の 住所
氏名

- (註) 1. 事業主から立替払いを受けた場合に記載して下さい。
2. 請求書に押印した印鑑と同一のものを使用して下さい。
3. 本委任状は立替を受けた請求書毎に添付して下さい。
4. 立替金額が保険給付等の額より少ない場合は、或いは、委任状に記入も
れ等有る場合は、受任者払いができませんのでご注意下さい。