

(別紙)

## 受任者払に係る届

年 月 日

労働基準監督署長 殿

今回、下記請求人・申請人が請求・申請した保険給付費等については、既に請求人・申請人へ保険給付全額を立替払いし、受領も請求人・申請人より委任を受けていますので、請求書記載の事業場等名義の口座への振込をしていただくようお願い致します。

なお、受任者払いに関して、問題が生じた場合は受任者が責任を持って解決します。

所在地  
事業主（事業主代理人） 名称  
事業主

### 委 任 状

労働保険番号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号					枝 番 号		
労働者氏名											
給付の種類	療養の種類 (種別— 1 診療 2 看護 3 移送 4 装具 5 診断書) 休業補償給付 休業給付 休業特別支給金										
請求期間	年 月 日 ~ 年 月 日										
立替(受領)額	円										
立替(受領)日	年 月 日										

上記請求・申請にかかる給付決定金額（支払金額）の受領方を上記の事業主（事業主代理人）に委任します。

年 月 日

住所

請求人・申請人の

氏名