

委任状

私 _____ は、労働者災害補償保険法に基づき、今回請求した労災保険給付である、

☐ 療養（補償）給付

「 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日の受診（通院及び入院）日に係る費用（受診費用金額） _____ 」

☐ 休業（補償）給付（特別支給金を含む）

「 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで _____ 日間分の休業に係る金額 _____ 」

については、下記のとおり事業主から立替払いを受けているので、私が請求した保険給付費（特別支給金を含む）の受領を事業主（代表者）に委任します。

記

1 受領金額 _____ 円

2 受領年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 労働基準監督署長 殿

_____ 年 _____ 月 _____ 日

事業主（受任者） 住 所 _____

事業場名称

氏 名 _____ 代表者氏名

請求人（委任者） 住 所 _____

氏 名 _____

注 1) 氏名は、必ず自筆（署名）すること。

自筆（署名）ではない場合は、代表者印（法人の場合は法人の代表者印）を押印すること。

注 2) 委任状は、請求書ごとに必ず提出すること。