労災保険給付等の受任者払申請書

　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

　　休業（補償）給付（特別支給金を含む）・療養の費用（診療費・看護料・移送費・装具・診断書料）

２　受領金額等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受領年月日 | 受　領　方　法 | 立替払受領額 | 期　　　　　　　　間 |
| 令和　　年　　月　　日 | 現　金・口座振り込み | 円 | 年　月　日から　年　月　日まで　　日分 |
| 令和　　年　　月　　日 | 現　金・口座振り込み | 円 | 年　月　日から　年　月　日まで　　日分 |
| 令和　　年　　月　　日 | 現　金・口座振り込み | 円 | 年　月　日から　年　月　日まで　　日分 |
| 令和　　年　　月　　日 | 現　金・口座振り込み | 円 | 年　月　日から　年　月　日まで　　日分 |
| 令和　　年　　月　　日 | 現　金・口座振り込み | 円 | 年　月　日から　年　月　日まで　　日分 |

令和　　年　　月　　日

請求人氏名

花巻労働基準監督署長　殿

再委任

　請求人より受領方委任のありました、上記保険給付等を下記へ振り込み下さい。

記

１　銀行名　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　支店

２　口座名義人及び口座番号

（口座名義人）

（当座・普通）№

令和　　年　　月　　日

受任者住所

受任者氏名

花巻労働基準監督署長　殿