　　　※請求書１枚ごとに添付してください。

**受 任 者 払 申 出 書**

令和　　年　　月　　日

労働基準監督署長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　－

事業場所在地

事業の名称

事業主(代表者)の氏名

|  |
| --- |
| **注）支払通知等の送付先が、上記の所在地・名称と異なる場合は、下記に記載してください。** |

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

今回、請求人が請求した保険給付費等の受領につきましては、請求人より委任されており、

　①請求人に対して保険給付相当額の立替を行っています。

　②労働保険料の滞納はありません。

　③今回の受任者払いに関して、問題が生じた場合は事業主が責任を持って解決します。

以上のことから、請求書記載の事業場等名義の振込口座への支払を依頼します。

なお、上記要件が満たせていない場合は、請求人に支払われても異存ありません。

注）労働保険料を納付受託をしている場合は、納付受託証書の写しを添付してください。

**委 任 状**

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　－

（請求人の）　住所

氏名

私が、労働者災害補償保険法に基づき今回請求した保険給付費等(※)については、

　①上記事業主等より、保険給付相当額の立替を受けています。

　②今回の受任者払に関して、問題が生じた場合は労使間での解決を約束します。

以上のことから、保険給付費等の受領につきましては、上記事業主等に委任します。

※療養（補償）給付：休業（補償）給付：休業特別支給金のうち該当する給付