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（　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで　 日間）

　　　　　　　　　　　　　　　　円について、　　　　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

事業所の所在地

代 表 者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

に委任します。

＊受任者の振込先口座を必ずご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受任者口座 |  |
| 銀　　行 | 支　店　 |
| 金庫・組合 | 出張所　 |
| 普通・当座 | 番　　号 |  |
| 口座名義人 | 漢字 |  |
| カナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　年　　　月　　　日

請求人　　住　所

　の

申請人　　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、或いは、委任状に記入漏れ等が

ある場合は、受任者払いができませんのでご注意下さい。