

労働災害補償金受領書

御中

(医療機関)

十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(金額の頭に¥をご記入ください。)

ただし、下記に関する労働災害補償金として

発 症 日 年 月 日

被 用 者 名

補 償 金 内 容 (死亡補償金・休業補償金)

上記金額正に領収いたしました。

年 月 日

TEL ()

住 所

補償金受取人

氏 名

(必ず受取人の方が自署してください。)

(被災労働者)

印