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）