

労働災害補償金・見舞金受領書

年 月 日

御中

(雇用主)

¥ _____

下記労働災害に関し、労働者災害補償保険法（政府労災保険）等による給付以外の補償金・見舞金として、上記金額を受領いたしました。

事故発生場所 _____

事故発生年月 年 月 日

被災者名 _____

事故の態様 入院 日

休業 日

後遺障害 第 級

死亡

住所 _____

補償金受取人
(被災者) (注)

氏名 _____

印 _____

(注) 被災者が死亡された場合は、ご遺族の代表者として補償金を受領される方が、署名・捺印の上、提出願います。