|  |
| --- |
| 勞工(就業)保險爭議事項審議申請書 **（請先詳閱背面填表須知）**  填表日期○○年○○月○○日 |
| 申 請 人 | 王○○ | 民國○○年○○月○○日 生 |
| 國民身分證編號 | A○○○○○○○○○ | 申請人地址：○○市○○區○○路○號 |
| 被 保 險 人 | 王○○  | 民國○○年○○月○○日 生 |
| 國民身分證字號 | A○○○○○○○○○ | 被保險人地址：○○市○○區○○路○號 |
| 投 保 單 位 | ○○公司 | 保險證號：○○○○○○○○ |
| 投保單位地址 | ○○市○○區○○路○號 | 負責人姓名：王○○ |
| 勞動部勞工保險局原核定文號 |  ○○○年○○月○○日○○字第○○號 |
| 收受勞動部勞工保險局原核定日期 | ○○○年○○月○○日 |
| 申請審議之請求事項 | 請求撤銷勞保局○○○年○○月○○日○○字第○○號核定。 |
| 申請審議之事實及理由 |  |
| 檢送證據名稱 | 1.勞動部勞工保險局原核定函影本。 |
| 茲依勞工保險爭議事項審議辦法第三條規定，敬請對本案惠予審議。此致 **印章**勞動部勞工保險局 申請人：王○○ （蓋章）轉送 （如係投保單位申請，應加蓋投保單位印鑑及負責人私章）勞動部 連絡電話：○○○○○○○○○○ |
|   |
| **填表須知：**  |
| 一、本申請書請詳為填寫，連同有關證件及勞動部勞工保險局原核定函影本，一併送勞動部勞工保險局(台北市羅斯福路一段4號)，如郵遞請用掛號信。 二、申請人限投保單位、被保險人、受益人(被保險人死亡者) 或支出殯葬費之人。 三、投保單位為申請人時，請加蓋投保單位印鑑及負責人私章。 四、如係受益人申請審議，請依照勞工保險條例第65條規定之順序辦理。1.配偶及子女2.父母3.祖父母4.孫子女5.兄弟姊妹 五、本申請書事實及理由欄不敷填寫時，可以另紙書寫附後，並在該欄內註明詳另紙。六、本申請書可由勞動部全球資訊網(http://www.mol.gov.tw/ )網頁中下載。 |