|  |
| --- |
| 勞工保險、就業保險、勞工職業災害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：陳 |
| 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 | 請求撤銷勞動部勞工保險局○○年○○月○○日○○○字第○○○○○○號核定。 |
| 申請審議之事實及理由 | （如欲申請職業病鑑定，請先詳閱背面填表須知六） |
| 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3條規定申請爭議審議。此致 印章勞動部勞工保險局 申請人：王○○ （簽名或蓋章） 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(臺北市中正區羅斯福路一段4號)，如郵遞請用掛號信。 二、申請人為投保單位、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、如申請人為無行為能力人、限制行為能力人或受輔助宣告者，應由其法定代理人或輔助人代理申請。五、如係受益人申請審議，請依照勞工保險條例第63條、第65條或勞工職業災害保險及保護法第52條規定之順序辦理：（一）配偶及子女。（二）父母。（三）祖父母。（四）受扶養之孫子女。（五）受扶養之兄弟姊妹。 六、依勞工職業災害保險及保護法第75條第2項規定，被保險人對職業病給付案件有爭議，且曾經第73條第1項認可醫療機構之職業醫學科專科醫師診斷罹患職業病者，於申請審議時，得請勞動部勞工保險局逕向勞動部申請職業病鑑定。七、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。八、本申請書可至勞動部全球資訊網(http://www.mol.gov.tw/)網頁中下載。 |