|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | | 民國 年 月 日 生 |
| 國民身分證編號 | |  | | | 申請人地址： | |
| 被 保 險 人 | |  | | | | 民國 年 月 日 生 |
| 國民身分證字號 | |  | | | 被保險人地址： | |
| 投 保 單 位 | |  | | | 保險證號： | |
| 投保單位地址 | |  | | | | 負責人姓名： |
| 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 | | |  | | | |
| 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  勞動部勞工保險局 申請人： （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。 | | | | | | |