

# 재해인정 등의 이의에 관한 [ ]심사 [ ]중재 신청서

※ 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간: 30일
------	-----	-----------

사업장 개요	사업장명	사업의 종류
	대표자 성명	주민등록번호
	소재지	

대상 근로자	성명	주민등록번호
	입사일	종사업무 및 근로형태
	임금지급형태	평균임금액

재해 발생 원인 및 경위

이의사항과 심사 또는 중재가 필요한 내용

「근로기준법」 제88조제1항·제89조제1항 및 같은 법 시행규칙 제14조에 따라 위와 같이 재해인정 등의 이의에 관한 { [ ] 심사, [ ] 중재}를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

(재해자와의 관계 : )

대리인 (서명 또는 인)

○○지방고용노동청(지청)장 귀하  
○○지방노동위원회 귀중

첨부서류	1. 부상 또는 질병 등에 대한 의사의 진단서 2. 이의가 이유 있다는 것을 증명하는 자료(필요한 경우에만 첨부)	수수료 없음
------	--	-----------

## 작성방법

“재해 발생 원인 및 경위”란에는 재해 일시 및 장소, 재해 당시 업무, 재해 정도(부상, 질병, 사망, 장애) 및 현재 상황 등을 구체적으로 적으시기 바랍니다.

처리절차

※ 이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

