

작업전환수당 지급 신청서

※ 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간: 7일
------	-----	----------

신청인 (근로자)	성명		주민등록번호
	주소 (전화번호:)		직종
	채용연월일	현직근무 연월일	분진작업 경력
	평균임금(뒤쪽 산정명세참조)	작업전환 연월일	작업전환 이후 직종
	신청액(평균임금×지급기준일수)		
	입금계좌 은행명 : 계좌번호 : 예금주 :		

사업장	사업장관리번호	사업장명
	소재지 (전화번호:)	사업주명

본 재해와 동일한 사유로 「민법」, 그 밖의 법령에 따라 수령한 보상 또는 배상내역(법 제26조)	수령일자	수령금액	보상 또는 배상내역(수령근거)

위에 기재한 사실이 틀림없음을 확인합니다. 년 월 일 사업장명: 전화번호: 소재지: 사업주: (서명 또는 인)	위 기재사실이 틀림없음을 확인하며, 「진폐의 예방과 진폐근로자의 보호 등에 관한 법률」 제24조제2항, 같은 법 제26조 및 같은 법 시행규칙 제39조에 따라 위와 같이 작업전환수당의 지급을 신청합니다. 년 월 일 신청인 : (서명 또는 인) 휴대전화번호 :
---	---

근로복지공단 이사장 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음
------	----	-----------

평균임금산정명세						
채용연월일		. . .		고용형태별	[]상용 []일용	
임금지급방법		월급, 주급, 일급, 시급, 기타		산정사유 발생연월일	. . .	
「근로 기준법」 제 2 조	임금계산기간	. ~	. ~	. ~	. ~	. ~
	총일수	일	일	일	일	일
	임금 명세					
	합계액	원	원	원	원	원
평균임금		(총임금액) 원 ÷ (총일수) 일 = 원 전				
통상임금(「근로기준법 시행령」 제6조 참조)		원 전				

처리절차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

신청인	처리기관
	근로복지공단(지역본부·지사)

