

산 업 재 해 보 상 보 험 재심사 청구서										처리기간 60일	
청 구 인	① 성 명		② 주 민 등 록 번		③ 근로자와의 관 계						
	④ 주 소	(전화번호)									
대 리 인	⑤ 성 명		⑥ 주 민 등 록 번		⑦ 근로자와의 관 계						
	⑧ 주 소	(전화번호)									
재 해 를 입 은 근로자	⑨ 성 명				⑩ 주민등록번호						
	⑪ 주 소										
	⑫ 사업장명				⑬ 사업장소재지						
⑭ 원처분기관	근로복지공단 지역본부(지사)장			⑮ 원처분일자	20 . . .	⑯ 원처분안날	20 . . .				
⑰ 심 사 결 정 기 관 명	근로복지공단	⑱ 심사결정서를 받 은 날	20 . . .	⑲ 심 사 결 정 이 있 음 을 안 날	20 . . .						
⑳ 보험급여 등의 결정(조치)내용											
㉑ 심사결정기관의 고지 유무 및 그 내용											
㉒ 재심사청구 취지 및 이유 (별지 기재와 같음)											
[필수] 재심사 청구를 위한 개인정보 수집·이용 동의										☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	
※ 귀하는 개인정보 이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 위 동의에 거부하더라도 산재보험 재심사청구 신청에 대한 제한은 발생하지 않으나, 동의 거부 시 심의를 위한 증거자료의 제한으로 결과 처분 시 불이익을 받으실 수 있습니다.											
이용 목적		이용 항목							보존기간		
재심사청구서 심의		청구인 제출 자료 및 근로복지공단 내 보관 중인 관련 자료 등 심의 내용을 뒷받침할 수 있는 모든 형태의 증빙 자료 (의무기록, 검사결과, 과거병력 자료 등)							5년		
성명 (서명 또는 인)											
산업재해보상보험법 제106조 및 같은 법 시행령 제105조의 규정에 따라 위와 같이 재심사를 청구합니다.											
년 월 일 청구인(대리인) (서명 또는 날인)											
산업재해보상보험재심사위원회위원장 귀하											
【첨부 서류】										수수료	
1. 청구의 취지 및 이유 1부										없 음	
2. 위임장(대리인인 경우에 한함) 1부											
3. ☐ 출근부 또는 업무일지, ☐ 진료기록지, ☐ 진단서 또는 소견서, ☐ 건강보험수진내역 등 과거병력자료, ☐ 의료영상(☐ 필름, ☐ CD, ☐ 의학영상정보시스템 영상전송), ☐ 기타											

210mm/297mm
일반용지 60g/m²(재활용품)

[별지 제1호서식 뒷면]

1. ①~④ 청구인의 성명, 주민등록번호, 주소 및 근로자와의 관계를 기재합니다.
2. ⑤~⑧ 대리인을 통하여 청구하는 경우 대리인의 “1항” 관련 내용을 기재합니다.
 - 청구인의 배우자(사실혼 관계 포함), 직계 존·비속 또는 형제자매
 - 변호사, 공인노무사 기타 다른 법령의 규정에 의하여 청구를 할 수 있는 자
3. ⑨~⑬ 재해를 입은 근로자에 대한 인적 사항과 소속 사업장명, 소재지를 기재합니다.
4. ⑭ 최초에 요양(휴업·장해·유족급여 등 보험급여를 말함) 등을 받고자 신청한 원처분기관 즉, 근로복지공단 소속의 지역본부(또는 지사)를 기재합니다.
5. ⑮ 청구인의 신청에 대하여 “⑭항”의 원처분기관에서 불승인(또는 부지급) 등 결정된 날(발송 일자)을 기재합니다.
6. ⑯ “원처분안날”이라 함은 우편 등에 의하여 청구인, 청구인의 가족, 공동주택인 경우에는 경비원 등이 원처분의 결정 통지서를 수령한 날을 말하며, 일반적으로 원처분기관에서 우편물을 발송한 날로부터 3일 이내가 됩니다.
7. ⑰ 심사결정 기관은 “근로복지공단”입니다.
8. ⑱ “심사결정서를 받은 날”이라 함은 우편 등에 의하여 청구인, 청구인의 가족, 공동주택인 경우에는 경비원 등이 수령한 날을 말하며, 일반적으로 근로복지공단에서 우편물을 발송한 날로부터 3일 이내가 됩니다.
9. ⑲ “심사결정이 있음을 안날”이라 함은 심사결정서를 받은 날을 말하며, 이와 다를 경우에는 부득이한 사유가 있었다는 객관적인 증거 자료를 함께 제출하여야 합니다.
10. ⑳ “()”내의 보험급여 결정 내용은 일반적으로 다음과 같은 내용이나, 이와 다를 경우에는 원처분 기관으로부터 처분을 받은 주요 결정 등의 내용을 기재합니다.
 - ☞ 요양, 재요양, 치료연기, 척추기기고정술, 요양급여, 평균임금 정정, 휴업급여, 장해급여, 장해연금, 간병급여, 유족급여 및 장의비, 유족연금 등
11. ㉑ “심사결정 기관의 고지유무 및 그 내용”은 심사결정서상 고지를 받은 경우에는 “처분이 있음을 안날로부터 90일 이내에 원처분기관을 경유하여 재심사 청구를 할 수 있음을 고지 받았음”이라고 기재하고, 이러한 고지를 받지 않았을 경우에는 “받지 않았음”으로 기재합니다.
12. ㉒ “재심사청구 취지 및 이유”는 다음 『예시』의 내용을 참고하여 별도로 작성·첨부합니다.

☞ 청구인 : 성명 (주민등록번호)
주소

청구인은 근로복지공단○○지역본부(지사)에서 20 . . 자로 요양불승인처분을 받았으며 이에 대하여 근로복지공단 이사장에게 심사청구를 하였으나 이유 없다고 기각결정하였으므로 이에 불복하여 다음과 같이 재심사를 청구합니다.

청구취지

원처분기관이 20 . . 자로 청구인에게 행한 요양불승인처분을 취소한다는 재경을 구합니다.

이 유

청구인은 20 . . 부터 ○○회사에 입사하여 (언제, 어디서, 무엇을 하다가, 어디에) 재해를 입었으나 원처분기관은 (업무상이 아니라는) 이유로 불승인 한 처분은 다음과 같은 사유로 부당하다고 생각되므로 이 처분의 취소를 구하는 바입니다.

(이유와 사실관계, 의학적인 인과관계가 있음을 객관적으로 기재하고 필요한 근거자료를 제시)

20 . . 청구인 ○○○