様式第三号(第二条関係)

労働保険再審査請求書

一　再審査請求人の　（住所又は居所／氏名）
　　再審査請求人が法人であるときは　（住所／名称／代表者の住所又は居所／代表者の氏名）

二　代理人によって再審査請求をするときは、代理人の　（住所又は居所／氏名）

三　原処分を受けた者の　（住所又は居所／氏名又は名称）

四　原処分を受けた者が原処分に係る労働者以外の者であるときは、当該労働者の氏名

五　原処分に係る労働者が給付原因発生当時使用されていた事業場の　（所在地／名称）

六　再審査請求人が原処分に係る労働者以外の者であるときは、当該労働者との関係

七　原処分をした労働基準監督署長名

八　原処分のあつたことを知つた年月日

九　決定をした労働者災害補償保険審査官の氏名

十　決定書の謄本の送付を受けた年月日

十一　再審査請求の趣旨

十二　再審査請求の理由

十三　決定をした労働者災害補償保険審査官の教示の　（有　無／内　容）

十四　証拠(審理のための処分を必要とするときは、処分の内容並びにその処分を申し立てる趣旨及び理由)

十五　法第三十八条第一項に規定する期間の経過後において再審査請求をする場合においては、同項ただし書に規定する正当な理由

右のとおり再審査請求をする。

令和　年　月　日

再審査請求人氏名
（法人であるときは、名称及び代表者の氏名／代理人によるときは、代理人の氏名）

労働保険審査会会長　殿