[별지 제5호 서식] <개정 2018.12.12., 2023.07.05.>

산업재해보상보험법

평균임금 산정 특례 신청서

접수번호		접수일		처리기간	10일

산 재 근로자	성명	생년월일 □□□□년 □□월 □□일	직종
	재해발생일 □□□□년 □□월 □□일		

사업장 개요	사업장명	업종
	소재지	근로자수 명
신청사유	[ ] 특례 평균임금이 높음 [ ] 사업장 휴·폐업 [ ] 퇴직 등	

산업재해보상보험법시행령 제25조제6항에 따라 위와 같이 신청합니다.

20 년 월 일

신 청 인 (서명 또는 인) ☎

대 리 인 (서명 또는 인) ☎

근로복지공단 **지역본부(지사)장 귀하**

210mm×297mm(신문용지 54g/㎡)