

산 업 재 해 보 상 보 험
요 양 급 여 신 청 서

※ 굵은 선 안은 필수 기재사항이므로 반드시 기재해 주시기 바랍니다.

(앞면)

[illegible]

< 영양급여신청 의료기관 대행 제출 위임(동의)장 >

본인은 요양급여 신청서를 아래 의료기관이 대행하여 근로복지공단[고용·산재보험토털서비스(total.kcomwel.or.kr) 포함]에 제출하는 것을 위임·동의합니다.

위임하는 자(신청인)

위임받는 자(의료기관)

(서명 또는 인)

(서명 또는 인)

※ 첨부서류: : 산업재해보상보험 요양급여신청 소견서(별지 제3호 서식)

위와 같이 업무상재해 인정 및 요양급여를 신청합니다.

년	월	일	
		신청인	(서명 또는 인)
		대리인	(서명 또는 인)

다 른 보 상	① 본 재해와 동일한 사유로 민법, 기타 법령에 따라 보상 또는 배상금을 수령한 사실이 있습니까? 1. []에 2. []아니오			
	② 보상 또는 배상금을 수령한 경우 내역(①에서 “예”라고 체크한 경우에만 작성합니다.)			
	수령일자	수령금액	지급한 자(기관) 또는 지급처	첨부서류 ①합의서②판결문(또는 결정문)③영수증④기타

안 내 사 항	① 산업재해보상보험법 시행규칙 제20조 제2항에 따라 요양급여신청서가 접수되면 보험가입자(사업주)에게 알리고 보험가입자 의견을 확인 하여 신청서를 처리합니다.
	② 재해경위 등 주요 사항을 사실과 달리 기재하여 보험급여를 지급받은 경우에는 「산업재해보상보험법」 제84조에 따라 부당이득 징수 등의 불이익 처분을 받게 되오니 사실대로 구체적으로 기재 하셔야 합니다.
	③ 사업장관리번호 는 근로복지공단 홈페이지(http://www.kcomwel.or.kr)에서 사업장명 등으로 검색할 수 있으며, 확인이 어려운 경우 가까운 공단 또는 콜센터(1588-0075)에 문의(전화, 방문)하여 도움을 받을 수 있습니다.
	④ 요양급여신청서의 진행 상황 은 고용·산재보험 토탈서비스(http://total.kcomwel.or.kr)에서 회원가입 또는 휴대폰 인증 후 직접 조회 할 수 있습니다.
	⑤ 개인정보 수집·이용·조회는 「산업재해보상보험법」 및 같은 법 시행령에 따라 별도의 동의 절차가 필요 없으며, 「산업재해보상보험법」 제36조 및 같은 법 시행령 제21조에 따른 보험급여 결정에 관한 통지는 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의와 무관하게 통지됨을 알려드립니다.
	⑥ 신청인이 대리인을 선임한 경우 대리인은 「 대리인 선임 신고서 」, 가해자가 있는 경우 「 제3자의 행위에 따른 재해발생신고서 」를 제출하여야 합니다.

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의

☐ 공단의 부가서비스 홍보와 고객만족 향상을 위한 안내 및 조사 목적으로 귀하의 소중한 개인정보를 이용하고자 하니 아래의 내용을 자세히 읽고 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

[선택] 부가서비스 제공을 위한 개인정보 수집·이용 동의		<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
※ 귀하는 개인정보 이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 위 동의에 거부하더라도 산재보험 요양급여 신청 및 보험급여 청구에 대한 불이익은 발생하지 않으나, 동의 거부 시 홍보자료 및 홍보 물품 수령에 제한을 받으실 수 있습니다.		
이용 목적	이용 항목	이용기간
공단서비스 안내 및 홍보 (문자, 전자우편, 감사편지)	성명, 연락처(일반전화, 휴대전화, 전자우편, 주소)	5년
성명		(서명 또는 인)

☐ 공단 및 공단과 계약된 민간위탁기관의 심리재활 및 직업재활서비스 제공을 목적으로 귀하의 소중한 개인정보를 이용 및 제공하고자 하니 아래의 내용을 자세히 읽고 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

[선택] 재활서비스 제공을 위한 개인정보 수집·이용·제공 동의		<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
※ 귀하는 개인정보 이용 및 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의하지 않을 경우 공단 또는 공단과 계약된 민간위탁기관의 심리재활 및 직업재활서비스에 대한 안내 및 서비스를 제공받지 못할 수 있습니다.		
이용 및 제공 목적	이용 및 제공 항목	이용 및 제공 기간
- 심리재활(희망찾기, 심리상담, 재활스포츠) - 직업재활(원직복귀지원, 직업훈련, 재취업)	성명, 연락처(일반전화, 휴대전화, 전자우편, 주소)	3년
성명		(서명 또는 인)

※ 해당란에 [✓] 하고 기재하십시오.

(앞 면)

산업재해보상보험 요양급여신청 소견서

① 성명(외국인은 영문명)	② 주민등록번호(외국인등록번호) □□□□□□-□□□□□□□□		③ 재해일자 □□□□□□년□□□□□□□□일
④ 재해 후 최초 진료개시	년 월 일 (:) []본원 []타 의료기관()		
⑤ 본원에 최초 도착일시	년 월 일 (:)		
⑥ 내원방법	[]도보 []구급차 []구급차외 차량 []기타()		
⑦ 재해자가 의료기관에 진술한 재해경위			
⑧ 재해로 인한 최초 증상 (환자가 진술하는 대로)	년 월 일 (:) 최초 발생	⑨ 재해 당시 의식소실 ([]유 []무)	
	증상의 내용		
⑩ 현재 환자가 호소하는 증상 (환자의 표현대로)			
⑪ 상병상태에 대한 종합소견 (주요 이학적·도수 검사 등) ※ 상세 소견은 별지 사용 가능			
⑫ 주요검사 []X-Ray []CT []MRI []MRA []심장혈관조영술 []Bone scan []PET []초음파 []내시경 []관절경 []근(신경)전도 []폐기능 []조직 []적외선체열 []정신상태 []심리학적 []기타·특이사항() ※ 주요소견 기재 또는 결과지 첨부			
⑬ 기존(기초)질환 고혈압([]유 []무) 혈압약([]미복용 []부정기복용 []정기복용) 고지혈증([]유 []무) 상병관련 가족력([]유 []무) 당뇨([]유 []무) 당뇨치료([]미복용 []약물복용 []인슐린) 결핵([]유 []무) 간염([]유 []무) []기타·특이사항() 재해 전 본원에서 유사상병으로 치료를 받은 사실 여부 []유 []무 기타·특이사항(일시·시술명·부위·의료기관)			
⑭ 상병명과 상병코드			
상해코드	주/부/파생	상병코드(KCD기준)	세부상병명(확정진단 병명)
(상해코드) 두부(뇌/두개골/두피), 눈, 귀(내/외부), 안면부, 목, 팔, 손/손가락, 가슴/등, 허리, 엉덩이, 다리, 발/발가락, 복합부위, 순환 기관, 호흡기관, 소화기관, 비뇨/생식기관, 신경계통, 복부, 전신, 기타 중에서 상병코드별 하나씩 기재 (주/부/파생) 주상병은 한국표준질병사인분류 지침서에 따라 주된 병태에 해당하는 하나의 상병코드에 대해서만 가능 (상병코드) 확진(최종) 진단명이 한국표준질병사인분류표상 속하는 최하위 코드로 코딩하여야 하고, 병태의 외인을 설명하는 부연코드(대분류 코드가 V, Y, Z인 것)는 산재보험에서는 사용하지 않으므로 상병의 병태에 해당하는 코드로 코딩 (오류예시) 하나의 상병으로 코딩할 수 없는 여러 상병을 하나로 표시하는 것, 질병 또는 손상에 의한 상병인지를 확인하지 않고 한국표준질 병사인분류상 대분류 M코드를 손상으로(또는 S코드를 질병으로) 코딩			

⑮ 입원	예상기간	년 월 일 ~ 년 월 일 (주)			
	사 유	[]수술 []의식장애 []외·기기고정 []석고붕대고정 []절대안정 []안정 및 보호 []이동불가 []기타			
⑯ 통원	예상기간	년 월 일 ~ 년 월 일 (주)			
	사 유				
	취업치료 여부(근무 병행치료)	※ 취업치료(근무 병행치료)는 치료받으면서 근무가 가능한 상태를 말함(의학적 판단) [] 취업치료가능 [] 취업치료 불가능 : 향후 ()개월 후 가능성 재판단			
⑰ 수술	수술여부	[]없음 []있음	수술명		
	수술(예정)일	년 월 일	수술의료기관	[]본원 []타원()	
⑱ 계속 동반 치료가 필요한 기존질환명					
⑲ 집중재활치료의 필요 구분		(※ 재활인증의료기관에서 제공하는 전문재활치료 로서 발병일 또는 수술일로부터 ㉔6개월 이내의 뇌혈관, ㉕3개월 이내의 척추·견관절·고관절·슬관절· 완관절 · 수부 질환자, ㉖해당기간 도과했으나 재활치료 효과가 기대되는 사람에게 제공, 단, 염좌, 타박상 등 경미한 상병은 제외) [] 일정기간 집중재활치료 곤란 [] 3개월 이내 치유 또는 13급 이하의 장애 예상 [] 집중재활치료 필요(또는 예정) [] 집중재활치료 질환자 아님 [] 상태 악화 또는 수술 예정 [] 집중재활치료 불필요()			
협진, 병행진료가 필요한 진료과목				심리상담 필요 (개인별 심리상담 지원)	[] 필요
전원	전원할 의료기관명:		소재지:		
	전원사유: ※전원이란 생활근거지 또는 전문적 치료 등을 위해 현재 요양 중인 의료기관에서 다른 의료기관으로 변경하는 것을 말합니다.				
	전원(예정)일자	년 월 일			
<첨부서류>		1. 신청 상병을 확인할 수 있는 각종 검사자료 및 결과지 각1부. 2. 절단, 화상, 좌열창, 욕창은 환부 칼라사진 3. 정신질환의 경우 진단의 근거를 의학적으로 입증할 수 있는 응급진료 또는 초진기록지 등 의무기록 및 각종 검사 결과지 각1부.(뇌영상 검사, 뇌파 검사, 심전도 검사, 정신상태 검사, 심리학적 검사, 갑상선 기능검사 등)			
위에 기재한 내용이 사실임을 확인합니다.					
의료기관 주소:		년 월 일			
전화번호:		■ 산재관리 의사 여부: []산재관리 의사 []해당없음			
팩스번호:		의사면허번호: 호			
의료기관명:		(서명 또는 인)		전문과목: (전문 의: 호)	
		성 명:		(서명 또는 인)	
근로복지공단 지역본부(지사)장 귀하					
자문의사 소견					
		년 월 일		자문의사명 (서명 또는 인)	