

산업재해보상보험 본인부담 치료비 청구서 [요양비 본인부담금 확인]

접수번호	접수일자	처리기한	10일
①사업장관리번호 (이용개시번호, 플랫폼화물차주관리번호)		②사업개시번호	
③성명	④주민등록번호	⑤직종	
재해자 (청구인)	⑥주소	핸드폰 유선	
⑦재용연월일	년 월 일	⑧재해발생일시	년 월 일 시
청구내용	⑨입원	년 월 일 ~ 년 월 일 () 일간	
	⑩통원	년 월 일 ~ 년 월 일 () 일간	
	⑪청구금액	원	⑫해당의료기관 또는 약국
	⑬수령희망은행 및 계좌번호	() 은행 계좌번호: (예금주:)	
<input type="checkbox"/> 일반계좌 <input type="checkbox"/> 희망지킴이통장 ※ "희망지킴이"는 압류가 금지되는 계좌를 말하며, 기 등록된 계좌를 변경하고자 하는 경우에만 작성하여 주시기 바랍니다.			
⑭ 확인 사항	① 청구기간 동안 사업주나 제3자로부터 해당 요양비를 지급받았습니까? [] 에 [] 아니오 ② 이 재해와 동일한 사유로 민법, 그 외 법령에 따른 배상 또는 보상을 받았습니까? [] 에 [] 아니오 ※ 배상 또는 보상을 수령한 경우 그 내역을 작성해 주세요.		
	수령일자	수령금액	지급한 자
⑮ 부가서비스 제공을 위한 개인정보 이용 동의서(선택사항)			
공단의 부가서비스 홍보와 고객만족 향상을 위한 안내 목적으로 개인정보를 이용하고자 하니 아래의 내용을 자세히 읽고 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.			
<input type="checkbox"/> 개인정보 이용 내역			
이용 목적		이용 항목	이용기간
홍보문자, 전자우편 전송, 감사편지 발송 등		성명, 연락처(일반전화, 휴대전화, 주소)	5년
※ 위의 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 홍보물품 수령에 제한을 받으실 수 있습니다. 개인정보 이용에 동의하십니까? ([] 에, [] 아니오)			
년 월 일		성명 (서명 또는 인)	
※ 개인정보 수집·이용 및 제공은 「산업재해보상보험법」 및 같은 법 시행령에 따라 별도의 동의 절차가 필요 없으며, 「산업재해보상보험법」 제36조 및 같은 법 시행령 제21조에 따른 보험급여 결정에 관한 통지는 동 개인정보 이용 동의서와는 무관하게 통지됨을 알려드립니다.			
「산업재해보상보험법」 제40조에 따라 위와 같이 신청합니다.			
신 청 인 :		년 월 일	
대 리 인 :		(서명 또는 인) 산재근로자와의 관계 :	
휴대전화 :		(유선전화 :) E-mail :	
근로복지공단		지역본부(지사)장 귀하	
위 임 장 위 본인은 본인부담 치료비 청구서를 아래 산재보험 의료기관에게 근로복지공단 고용·산재보험토탈서비스 (total.kcomwel.or.kr)를 통하여 제출할 것을 위임·동의합니다.			
위임하는 자		위임받는 자	
(서명 또는 인)		(서명 또는 인)	
<구비서류>		영수증, 병원비의 경우 진료비 상세내역서, 약국 약제비의 경우 처방전 등	
※ 유의(참고)사항(요양비 청구서로 최초요양급여신청서를 대체하는 경우에만 한함) · 별지를 이용하여 재해경위를 육하원칙에 따라 작성 후 제출하시기 바라며, 이 경우 공단은 재해자의 요양급여신청 사실을 보험가입자(사업주)에게 통지하고, 보험가입자(사업주)의 의견을 확인하도록 하므로 그 확인을 위하여 민원처리기간이 지연될 수 있습니다. · 신청인이 대리인을 선임한 경우에는 대리인은 「대리인 선임 신고서」를 근로복지공단에 제출하여야 합니다.			

※ 본인부담치료비 청구서로 최초요양급여신청서를 대체하는 경우 작성

(뒷 면)

재해발생 경위 등

⑯성 명		⑰주민등록번호		⑱재해발생일	년 월 일
⑲근로자 유형	<input type="checkbox"/> 근로자 <input type="checkbox"/> 노무제공자 <input type="checkbox"/> 중소기업사업주 <input type="checkbox"/> 중소기업사업주 가족종사자 <input type="checkbox"/> 학생연구자 <input type="checkbox"/> 건강손상자녀 <input type="checkbox"/> 특수형태근로종사자(23.6.30. 이전 재해) <input type="checkbox"/> 현장실습생				
⑳신청구분	<input type="checkbox"/> 업무상 사고 <input type="checkbox"/> 업무상 질병(진폐·CS2 포함) <input type="checkbox"/> 출퇴근 재해				
㉑재해경위 (별지사용 가능)	※ 작성방식: 어디에서(구체적 장소), 무엇을 하기 위해(작업내용, 목적), 무엇을 사용하여(작업 도구, 취급물질), 어떻게 하다가(경위, 동작, 움직임), 어떤 이유 때문에 어떻게 재해를 당하였는지 작성하여 주시기 바랍니다. (10,000byte 이내)				

위에 기재된 내용이 사실임을 확인합니다.

신 청 인 : (서명 또는 인)

년 월 일

대 리 인 : (서명 또는 인)

소 견 서(의료기관 작성)

㉒상병명과 상병코드	구분	진단명	상병코드(KCD)	구분	진단명	상병코드(KCD)
	주상병			부상병		
	부상병			부상병		
	부상병			파생상병		
	부상병			파생상병		
	부상병			파생상병		
㉓기존질병 및 장애상태						
㉔요양기간	입 원	년 월 일 ~ 년 월 일		()일간		
	통 원	년 월 일 ~ 년 월 일		()일간		
	취업치료	년 월 일 ~ 년 월 일		()일간		
	재가요양	년 월 일 ~ 년 월 일		()일간		
㉕통원기간중 취업가능 여부 및 시기						

위에 기재한 내용이 사실임을 확인합니다.

년 월 일

의료기관 주소:

전화번호:

의사면허번호:

호

의료기관명:

(서명 또는 인)

전문과목:

(전문의: 호)

성 명:

(서명 또는 인)

자문의 소견

년 월 일

자문의

(서명 또는 인)