

산업재해보상보험
□ 간 병 료 □ 이 송 비 □ 보 조 기 청 구 서

접수번호		접수일자		처리기간	10일	
재해자 (창구인)	① 성명	② 주민등록번호		□□□□□□-□□□□□□□□		
	③ 주소	□□□□□□		휴대전화 (유선전화)	□□□□-□□□□-□□□□	
	④ 재해발생일시		□□□□년 □□월 □□일 □□시			
청구 내용	⑤ 기 간	□□□□년 □□월 □□일~□□□□년 □□월 □□일(□□)일간 [입원(□□일), 통원(□□일)]				
	⑥ 산출내역(별지사용가능)					
	⑦ 청구액	원	⑧ 수령 희망은행 및 계좌번호			
□일반계좌 □희망지킴이통장 ※“희망지킴이”는 압류가 금지되는 계좌를 말하며, 기 등록된 계좌를 변경하고자 하는 경우에만 작성하여 주시기 바랍니다.						

간병료를 청구할 경우 다른 법률에 의 []노인장기요양보험 []장애인활동지원급여 []기타()
한 간병서비스 수혜여부 표시 [✓] ※ 해당사항이 있을 경우 수급 관련 증빙서류 첨부

- ⑨ 확인 사항
- ① 청구기간 동안 사업주나 제3자로부터 해당 요양비를 지급받았습니까? [] 예 [] 아니오
② 이 재해와 동일한 사유로 민법, 그 외 법령에 따른 배상 또는 보상을 받았습니까? [] 예 [] 아니오
※ 배상 또는 보상금을 수령한 경우 그 내역을 작성해 주세요

수령일자	수령금액	지급한 자	첨부서류
			합의서, 판결문, 영수증, 기타서류 등

⑩ 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.

☐ 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?
([] 예, [] 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.

년 월 일

신 청 인 : (서명 또는 인)
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·산재보험토달서비스(total.kcomwel.or.kr)를 통하여 제출할 것을 위임·동의합니다.

위임하는 자 (서명 또는 인) 위임받는 자 (서명 또는 인)

<구비서류>	· 간병료 : 영수증(가족의 경우 제외), 간병인 자격증 및 수료증(전문 간병인에 해당되는 경우), 상병상태 확인 가능한 기록지(진료기록, 간호기록 - 통원 제외) 등
	· 이송비 : 영수증(버스, 전철 등 사실상 영수증 발급이 불가능한 경우 제외), 이송경로내역서, 의료기관의 통원 요양 사실 확인서 등
	· 보조기 : 세금계산서 또는 거래명세서, 재활보조기 처방전 및 검수확인서 등
	※ 필요 시 이외의 자료를 담당자가 요청할 수 있음을 알려드립니다.

소견서 (의료기관 작성용)

⑪ 성명			⑫ 주민등록번호			⑬ 재해발생일	년 월 일			
⑭ 기존질병 및 장애상태										
⑮ 간병확인			간병범위							
			<input type="checkbox"/> 1. 두 손의 손가락을 모두 잃거나 사용하지 못하게 되어 혼자 힘으로 식사를 할 수 없는 사람 <input type="checkbox"/> 2. 두 눈의 실명 등으로 일상생활에 필요한 동작을 혼자 힘으로 할 수 없는 사람 <input type="checkbox"/> 3. 뇌의 손상으로 정신이 혼미하거나 착란을 일으켜 일상생활에 필요한 동작을 혼자 힘으로 할 수 없는 사람 <input type="checkbox"/> 4. 신경계통 또는 정신의 장애로 의사소통을 할 수 없는 등 치료에 뚜렷한 지장이 있는 사람 <input type="checkbox"/> 5. 체표면적(체표면적)의 35퍼센트 이상에 걸친 화상을 입어 수시로 적절한 조치를 할 필요가 있는 사람 <input type="checkbox"/> 6. 골절로 인한 견인장치 또는 석고붕대 등을 하여 일상생활에 필요한 동작을 혼자 힘으로 할 수 없는 사람 <input type="checkbox"/> 7. 하반신 마비 등으로 배뇨·배변을 제대로 하지 못하거나 욕창 방지를 위하여 수시로 체위를 변경시킬 필요가 있는 사람 <input type="checkbox"/> 8. 업무상 질병으로 신체가 몹시 허약하여 일상생활에 필요한 동작을 혼자 힘으로 할 수 없는 사람 <input type="checkbox"/> 9. 수술 등으로 일정 기간 거동이 제한되어 일상생활에 필요한 동작을 혼자 힘으로 할 수 없는 사람 <input type="checkbox"/> 10. 그 밖에 부상·질병 상태가 제1호부터 제9호까지의 규정에 준하는 사람							
			간병 필요정도 소견							
			※ 보행, 일상생활 가능 여부 등 간병이 필요한 정도 및 상태를 구체적으로 작성							
			간병종류							
			<input type="checkbox"/> 1인 간병 <input type="checkbox"/> 1인이 2인 이상 간병 (간병인 () 명 대비 환자 () 명)							
			간병기간							
			<input type="text"/> 년 <input type="text"/> 월 <input type="text"/> 일~ <input type="text"/> 년 <input type="text"/> 월 <input type="text"/> 일(<input type="text"/> 일)간 * 단, 회복실, 중환자실 사용기간이나 완화의료(호스피스) 또는 간호간병통합서비스 이용기간은 제외됨							
			회복실 또는 중환자실 사용 여부 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 (사용기간: ~)							
			완화의료(호스피스)서비스 또는 간호간병통합서비스 이용 여부 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 (이용기간: ~)							
간병인			성명		주민등록번호		휴대폰			
			주소		□□□□□□		환자와의관계			
			자격		<input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 간호조무사 <input type="checkbox"/> 요양보호사 <input type="checkbox"/> 요양보호사 외 전문교육과정 이수자 <input type="checkbox"/> 기타					
			※ 간병 담당자가 2인 이상인 경우 별지사용 가능							
⑯ 이송비 (통원확인)			총진료일수		. . . ~ (일간)		실통원일수			
			산출내역		원 (1일 교통비 단가 기재)					
⑰ 의지·보조기대			품명(분류번호)		수량		회수			
			필요소견							
⑱ 통원기간중 취업가능 여부 및 시기										

위에 기재한 내용이 사실임을 확인합니다.

년 월 일

의료기관 주소:

전화번호:

의사면허번호:

호

의료기관명:

(서명 또는 인)

전문과목:

(전문:

호)

성명:

(서명 또는 인)

자문의 소견

년 월 일

자문의

(서명 또는 인)