

※ 굵은 선 안은 필수 기재사항이므로 반드시 기재해 주시기 바랍니다. (앞 면)

접수번호	접수일자	처리기간	7일
재 해 자	성명(외국인은 외국인등록증상 영문명 대문자)		주민등록번호(외국인등록번호) □□□□□□-□□□□□□□□
	주소		휴대전화: 전화번호:
	재해발생 일시	□□□□년□□월□□일□□시□□분	채용일자:                      년    월    일
	출근시간:		퇴근시간:
	직종:		
보험가입자 (사업주)와의 관계	사업주여부	<input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 실제사업주(동업자포함) <input type="checkbox"/> 하수급사업주	
	친인척여부	<input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 형제자매 <input type="checkbox"/> 기타 친인척(                      )	
	근로자유형	<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	

사업장 및 재해 관련 내용	신청 구분: [ ] 업무상 사고      [ ] 업무상 질병(진폐·CS2 포함)      [ ] 출퇴근 재해						
	사업장명		사업주명			연락처(☎)	
	사업장관리번호 (이용개시번호, 플랫폼화물차주관리번호) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> (사업개시번호: )						
	사업장 주소						
	재해 발생 경위(별지사용 가능)						
	※ 작성방식: 어디에서(구체적 장소), 무엇을 하기 위해(작업내용, 목적), 무엇을 사용하여(작업도구, 취급물질), 어떻게 하다가(경위, 동작, 움직임), 어떤 이유 때문에 어떻게 재해를 당하였는지 작성하여 주시기 바랍니다.						
	① 위 재해와 관련하여 교통사고, 음주, 폭행 등의 사유로 경찰서에 신고(접수)된 사실이 있습니까?    [ ]예                  [ ]아니오						
	② 위 재해와 관련하여 119 또는 소방서에 구조구급·재난 신고(접수)된 사실이 있습니까?                  [ ]예                  [ ]아니오						
③ 위 재해와 관련하여 자동차 보험사에 사고를 신고한 사실이 있습니까?                                  [ ]예                  [ ]아니오							
목적자가 있는 경우: 성명( ), 연락처( ), 재해자와의 관계( )							
재해 발생 후 현재 요양 중인 의료기관 전에 진료(치료) 받은 의료기관							
의료기관명:			소재지:				
의료기관명:			소재지:				

본인은 요양급여 신청서를 아래 의료기관이 대행하여 근로복지공단[고용·산재보험토탈서비스([total.comwel.or.kr](http://total.comwel.or.kr)) 포함]에 제출하는 것을 위임·동의합니다.

위임하는 자(신청인) (서명 또는 인)	위임받는 자(의료기관) (서명 또는 인)
--------------------------	---------------------------

위와 같이 업무상재해 인정 및 요양급여를 신청합니다.

                년                월                일

신청인   (서명 또는 인)

대 리 인   (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 확인하여 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 기재하셔야 합니다.
	③ 사업장관리번호는 근로복지공단 홈페이지( <a href="http://www.comwel.or.kr">http://www.comwel.or.kr</a> )에서 사업장명 등으로 검색할 수 있으며, 확인이 어려운 경우 가까운 공단 또는 고객센터(1588-0075)에 문의(전화, 방문)하여 도움을 받을 수 있습니다.
	④ 요양급여신청서의 진행 상황은 고용·산재보험 토털서비스( <a href="https://total.comwel.or.kr">https://total.comwel.or.kr</a> )에서 회원가입 또는 휴대폰 인증 후 직접 조회할 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.
	⑦ 업무상 재해여부 판단 및 보험급여 지급 결정에 필요한 공공 마이데이터 본인정보 제공 요구에 동의할 경우 「본인정보 제3자 제공요구서」를 제출하면 직접 관련 서류를 제출하지 않아도 됨을 알려 드립니다.

## 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의

☐ 귀하가 요양급여를 신청한 상병의 업무상 재해 및 보험급여 지급 결정에 참고하기 위하여 귀하의 소중한 정보를 이용하고자 하니 아래의 내용을 자세히 읽고 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

※ 귀하는 개인정보 이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 다만, 위 동의에 거부하더라도 공단은 「산업재해보상보험법」에 근거하여 법령이 정하는 범위 내에서 관련 정보 수집이 가능하며 동의하지 않는 경우 직접 관련 서류를 제출해야 됨을 알려드립니다.

[필수] 업무상 재해 결정 등을 위한 민감정보 수집·이용 동의		<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
이용 목적	이용 항목	이용기간
업무상 재해여부 결정 및 보험급여 지급 결정	건강검진기록, 진료내역, 장애인증명서	10년

☐ 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. 다만, 위 동의에 거부하더라도 산재보험 요양급여 신청 및 보험급여 청구에 대한 불이익은 발생하지 않으나, 동의 거부 시 홍보자료 및 홍보물품 수령에 제한을 받으실 수 있습니다.		
이용 목적	이용 항목	이용기간
공단서비스 안내 및 홍보 (문자, 전자우편, 감사편지)	성명, 연락처(일반전화, 휴대전화, 전자우편, 주소), 의료기관명	5년

☐ 공단 및 공단과 계약된 수탁기관의 일상복지지원, 직업재활서비스 제공, 공단 및 공단이 지정한 직장복지지원 의료기관을 통한 상담, 직업복귀 소견서 제공 등 직장복귀 지원 목적으로 귀하의 소중한 개인정보를 이용 및 제3자 제공을 위해 아래의 내용을 자세히 읽고 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

※ 귀하는 개인정보 이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의하지 않을 경우 이용 목적에 해당하는 일상복지지원 및 직업재활서비스, 직장복귀지원 상담과 직업복귀소견서 제공 등 직장복귀지원서비스가 제한 될 수 있습니다.

[선택] 재활서비스 제공을 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의		<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
제공받는 기관	이용 목적	이용 항목
계약된 수탁기관	- 일상복지지원(심리상담, 재활스포츠, 멘토링 희망 찾기, 사회적응기초화합프로그램) - 직업재활서비스(원직복귀지원, 직업훈련, 재취업)	성명, 연락처(일반전화, 휴대전화, 전자우편, 주소), 의료기관명
		3년

[선택] 원직장 복귀를 위한 「사업주 직장복귀계획서 제출제도」참여 및 서비스 이용을 위한 민감정보·개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의		<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
제공받는 기관	이용 목적	이용 항목
직장복귀지원 의료기관, 사업주	- 직장복귀계획서 제출 제도 · 직장복귀 지원 안내·상담 · 직장복귀계획 이행을 위해 사업주에게 산재승인정보제공	·성명, 연락처(일반전화, 휴대전화) ·산재승인정보(의료기관명, 상병명, 요양기간, 장애등급, 수술여부), 직장복귀소견서
		3년

성명

(서명 또는 인)

근로복지공단

지역본부(지사)장 귀하



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 전문재활치료로서 발병일 또는 수술일로부터 ㉔6개월 이내의 뇌혈관, ㉔3개월 이내의 척추·견관절·주관절·완관절·수부·고관절·슬관절·족관절·족부질환자, ㉔해당기간 도 과했으나 재활치료 효과가 기대되는 사람에게 제공, 단, 염좌, 타박상 등 경미한 상병은 제외) [ ] 일정기간 집중재활치료 곤란 [ ] 3개월 이내 치유 또는 13급 이하의 장해 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
의료 기관 변경	변경할 의료기관명:		소재지:		
	의료기관 변경사유:				
	※의료기관 변경이란 생활근거지 또는 전문적 치료 등을 위해 현재 요양 중인 의료기관에서 다른 의료기관으로 변경하는 것을 말합니다.				
변경(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.					
년 월 일					
의료기관 주소:					
전화번호:					
팩스번호:					
의료기관명: (서명 또는 인)					
의사면허번호: 호					
전문과목: (전문 의: 호)					
성 명: (서명 또는 인)					
근로복지공단 지역본부(지사)장 귀하					
자문의사 소견					
년 월 일 자문의사명 (서명 또는 인)					

출퇴근재해 발생신고서

일반 사항	재해자 성명		생년월일		
	출퇴근 구분	<input type="checkbox"/> 출근중 사고 <input type="checkbox"/> 퇴근중 사고 <input type="checkbox"/> 사업장간 이동중 사고			
	사고 유형	<input type="checkbox"/> 교통사고(버스, 지하철, 택시, 승용, 기타:        ) <input type="checkbox"/> 도보 등 기타사고(        )			
	교통수단 유형	<input type="checkbox"/> 사업주가 제공한 교통수단 이용 중 사고 <input type="checkbox"/> 그 외(대중교통, 자가용, 도보 등) 사고			
	사고발생 일시				
	통상 출퇴근 소요시간	:			
재해 발생 상황		장소(주소)		시간	
	출발장소	(주소)			
	사고장소	(주소)			
	도착(목적)장소	(주소)			
	일탈/중단	출퇴근 과정에서 출퇴근 경로를 벗어나거나(일/탈), 출퇴근을 멈춘(중단) 사실이 있습니까? <input type="checkbox"/> 있음(사유:        ) <input type="checkbox"/> 없음			
	사고 상황도 (필요시 작성)				
보험 정보	구분	운전자명	교통사고 유형	차량번호	보험종류
		보험사명	사고접수번호	보험금 수령여부	보험금 수령액(원)
	재해자 탑승 차량				
	상대방 차량				

위에 기재한 내용이 사실임을 확인합니다.

이  
아  
그

신고인(근로자) :

(서명 또는 인)

[별지 제1호 서식] <개정 2020.10.5.>

<div style="text-align: center;"> <b>제3자의 행위에 따른 재해발생신고서</b>  <b>산 업 재 해 보 상 보 험</b> </div>										처리기한	
										7일	
신고인 (사업주)	성 명					생 년 월 일					
	주 소	□□□□□				☎ 휴대전화					
신고인 (산재근로자)	성 명	주민등록번호				직 종					
		□□□□□□□□-□□□□□□□□□□				□□□					
	주 소	□□□□□				☎ 휴대전화					
제3자 (가해자)	성 명			주민등록번호				직 종	□□□		
	주 소	□□□□□									☎ 휴대전화
	근 거	명 칭	대표자성명		대표자 생년월일		소 재 지		사업장관리번호		
제3자 (책임보험자)	보험사명	보험 유형 (책임/종합/기타)		사고접수번호		보험사 담당자명 (연락처)		보험가입 차량번호			
							☎				
재해사실	발생연월일	□□□□□□년□□□□월□□□□일				발생장소					
	원인 및 경위										
	상병부위 및 상병명										
기 타	가해자로부터 손해배상을 받았을 때 받은 금액				원	받은 연월일		년 월 일			
	가해자와 손해배상에 관하여 합의한 때에는 그 내용 (※ 상세하게 기재)										
위와 같이 신고합니다. <div style="float: right; text-align: right;">           년 월 일            (☎ ) 신고인(사업주) (서명 또는 인)            (☎ ) 신고인(수급권자) (서명 또는 인)            (☎ ) 대리인 (서명 또는 인)         </div> <div style="clear: both;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><b>근로복지공단</b></span> <span><b>지역본부(지사)장 귀하</b></span> </div>											
첨부서류: 가. 확인서 1부 나. 합의서(합의한 경우에 한함)											
※ 공지사항: 본 민원의 처리결과에 대한 만족도 조사 및 관련 제도 개선에 필요한 의견조사를 위해 귀하의 전화번호(휴대전화)로 전화조사를 실시할 수 있습니다.											
접수일자				접수번호				처리기한		. . .	

## 확 인 서

\_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 \_\_\_\_시 \_\_\_\_\_에서 가해자 \_\_\_\_\_의 행위로 인해 수급권자가 입은 손해에 대하여 산업재해보상보험법에 의한 보험급여를 지급받은 경우에는 근로복지공단이 수급권자가 책임보험자에 대하여 가지는 직접청구권을 포함한 가해자 측에 대하여 가지는 손해배상 청구권을 산업재해보상보험법 제87조에 따라 보험급여액의 한도 안에서 대위행사 하는데 이의가 없음을 확인합니다.

아울러 공단의 구상권 행사와 관련하여 다음 사항을 유념하여 준수하고 이행할 것임을 확인합니다.

- 가해자(손해배상 책임이 있는 보험회사·공제조합 포함, '이하 보험회사 등' 이라 함)와 합의하는 경우에는 상대방에게 백지위임장을 주지 않습니다.
- 가해자(손해배상 책임이 있는 보험회사 등 포함)와 합의하는 경우 합의서 및 합의금 세부내역을 지체 없이 근로복지공단 지역본부(지사)장에게 제출하겠습니다.
- 가해자(손해배상책임이 있는 보험회사 등 포함)와 합의서를 작성하지 않은 경우라도 금품을 지급 받은 때에는 수령일자, 내용, 금액(평가액) 등을 빠짐없이 기재하여 지체 없이 근로복지공단 지역본부(지사)장에게 신고하겠습니다.
- 가해자(손해배상책임이 있는 보험회사 등 포함)로부터 산재보험급여와 동일한 성격의 금품을 지급 받은 경우에는 산재보험급여의 일부 또는 전부가 지급되지 않을 수 있음을 이해하였습니다.
- 만약, 합의 등의 사실을 근로복지공단에 알리지 않고 금품을 지급받아 산재보험급여를 중복하여 수령한 경우에는 지급받은 금액을 근로복지공단이 부당이득으로 환수할 수 있음을 이해하였고, 그 절차에 대하여 동의합니다.
- 근로복지공단이 구상권 행사에 필요한 경우 산재근로자의 진료기록을 열람하거나 복사·활용하는 것에 동의합니다.
- 근로복지공단이 구상금 회수 등에 필요하여 산재근로자의 산재보험 요양 및 보상내역 등 개인 정보를 보험개발원 및 보험회사 등에 제공하는 것에 동의합니다.
- 근로복지공단이 보험회사 등에 구상금을 청구한 때에는 보험회사 등이 구상금 합의를 위하여 필요한 경우 근로복지공단으로부터 제공받은 수급권자의 진료기록으로 의학 자문 받는 것에 동의합니다.
- 향후 공단이 가해자를 상대로 구상금 소송을 제기하여 확인자(산재근로자)의 신체감정이 필요한 경우, 확인자(산재근로자)는 신체감정 절차에 적극 협조하겠습니다.

본 확인서의 내용을 준수하지 않음으로써 공단에 대하여 손해를 발생케 한 경우에는 이에 따른 모든 책임을 다할 것임을 확인합니다.

\_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

◇ 확인자(수급권자)

주 소:

성 명:

☎

(서명 또는 인)

근로복지공단

지역본부(지사)장 귀하