

다 른 보 상	① 본 재해와 동일한 사유로 민법, 기타 법령에 따라 보상 또는 배상금을 수령한 사실이 있습니까? 1. []예 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(http://www.comwel.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 상황은 고용·산재보험 토털서비스(https://total.comwel.or.kr)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.

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	
* 귀하의 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.		
이용 목적	이용 항목	이용기간
공단서비스 안내 및 홍보 (문자, 전자우편, 감사편지)	성명, 연락처(일반전화, 휴대전화, 전자우편, 주소), 의료기관명	5년
성명		(서명 또는 인)

공단 및 공단과 계약된 수탁기관의 사회심리재활 및 직업재활서비스 제공을 목적으로 귀하의 소중한 개인정보를 이용 및 제3자 제공을 위해 아래의 내용을 자세히 읽고 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

[선택] 재활서비스 제공을 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	
* 귀하의 개인정보 이용 및 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의하지 않을 경우 공단 또는 공단과 계약된 수탁기관의 사회심리재활 및 직업재활서비스에 대한 안내 및 서비스를 제공받지 못할 수 있습니다.		
이용 및 제공 목적	이용 및 제공 항목	이용 및 제공 기간
- 사회심리재활(심리상담, 재활스포츠, 멘토링·희망찾기·사회적응·가족화합프로그램) - 직업재활(원직복귀지원, 직업훈련, 재취업)	성명, 연락처(일반전화, 휴대전화, 전자우편, 주소), 의료기관명	3년
성명		(서명 또는 인)

공단 및 공단이 지정한 직장복귀지원 의료기관을 통한 재활상담, 직업복귀 소견서 제공 등 직장복귀 지원 목적으로 귀하의 민감정보 개인정보의 이용 및 제3자(직장복귀지원 의료기관, 소속 사업주) 제공에 대하여 아래 내용을 읽고 동의 여부를 결정해 주시기 바랍니다.

[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	
* 귀하의 민감정보·개인정보 이용 동의를 거부할 권리가 있습니다. 위 동의에 거부하더라도 산재보험 요양급여 신청 및 보험급여 청구에 대한 불이익은 발생하지 않으나, 동의 거부 시 재활상담, 직업복귀소견서 제공 등 직장복귀 지원이 제한될 수 있습니다.		
이용 목적	이용 항목	이용기간
- 직장복귀계획서 제출 제도 ·직장복귀 지원 안내·재활상담 ·직장복귀계획 이행을 위해 사업주에게 산재승인정보제공	·성명, 연락처(일반전화, 휴대전화) ·산재승인정보(의료기관명, 상병명, 요양기간, 장애등급, 수술여부), 직업복귀소견서	3년
성명		(서명 또는 인)

※ 해당란에 [✓] 하고 기재하십시오.

(앞 면)

산업재해보상보험 요양급여신청 소견서

① 성명(외국인은 영문명)	② 주민등록번호(외국인등록번호) <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	③ 재해일자 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> 년 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> 월 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> 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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">상해코드</th> <th style="width: 15%;">주/부/파생</th> <th style="width: 30%;">상병코드(KCD기준)</th> <th style="width: 40%;">세부상병명(확정진단 병명)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			상해코드	주/부/파생	상병코드(KCD기준)	세부상병명(확정진단 병명)																																				
상해코드	주/부/파생	상병코드(KCD기준)	세부상병명(확정진단 병명)																																							

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, ㉕3개월 이내의 척추·견관절·주관절·완관절·수부·고관절·슬관절·족관절·족부질환자, ㉖해당기간 도 과했으나 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
--------------------	--	--------------------------	--------

변경할 의료기관명: 소재지:

의료기관 변경 사유:

※의료기관 변경이란 생활근거지 또는 전문적 치료 등을 위해 현재 요양 중인 의료기관에서 다른 의료기관으로 변경하는 것을 말합니다.

의료기관 변경(예정)일자: 년 월 일

<첨부서류>

- 신청 상병을 확인할 수 있는 각종 검사자료 및 결과지 각1부.
- 절단, 화상, 좌열창, 욕창은 환부 칼라사진
- 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:

■ 산재관리 의사 여부: [] 산재 관리 의사 [] 해당없음

전화번호:

의사면허번호:

호

팩스번호:

전문과목:

(전문: 호)

의료기관명:

(서명 또는 인)

성 명:

(서명 또는 인)

근로복지공단 지역본부(지사)장 귀하

자문의사 소견

년 월 일

자문의사명

(서명 또는 인)