

산 업 재 해 보 상 보 험
요 양 급 여 신 청 서

(앞면)

[illegible]

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

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

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. []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

☐ 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		☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
이용 목적	이용 항목	이용기간
업무상 재해여부 결정 및 보험급여 지급 결정	건강검진기록, 진료내역, 장애인증명서	10년

[필수] 업무상 재해 결정 등을 위한 공공 마이데이터 본인정보 제공 요구 동의		☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
이용 목적	이용 항목	이용기간
업무상 재해여부 결정 및 보험급여 지급 결정	건강보험자격득실확인서, 국민연금가입자증명, 소득금액증명, 사업자등록증명	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		☐ 동의함 ☐ 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 일상복귀지원, 직업재활서비스 제공, 공단 및 공단이 지정한 직장복귀지원 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 일상복귀지원 및 직업재활서비스, 직장복귀지원 상담과 직업복귀소견서 제공 등 직장복귀지원서비스가 제한 될 수 있습니다.

[선택] 재활서비스 제공을 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의		☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
제공받는 기관	이용 목적	이용 항목
계약된 수탁기관	- 일상복귀지원(심리상담, 재활스포츠, 멘토링 희망 찾가사회적응가족화합프로그램) - 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		☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
제공받는 기관	이용 목적	이용 항목
직장복귀지원 의료기관, 사업주	- 직장복귀계획서 제출 제도 · 직장복귀 지원 안내·상담 · 직장복귀계획이행을 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 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
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		의료기관 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 결 과지 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)					