

**산업재해보상보험
간병급여 청구서**

접수번호	접수일	처리기간 : 7일
------	-----	-----------

산재근로자	성명	생년월일 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 년 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 월 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 일
	재해발생일	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 년 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 월 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 일

수령계좌	수령계좌를 변경 하시겠습니까? [] 예 [] 아니오	
	수령희망은행 및 계좌번호:	(예금주 :)
	[] 보통계좌	
	[] 보험급여 전용계좌(희망지킴이-압류금지계좌)	

청구기간	년	월	일	부터	년	월	일	까지()	일간
-------------	---	---	---	----	---	---	---	-------	----

간병인 인적사항	성명	주민등록번호	<input type="text" value=""/>							
	주소	휴대전화								
	산재근로자와의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자	<input type="checkbox"/> 자녀	<input type="checkbox"/> 부모	간병인 자격	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 간호사	<input type="checkbox"/> 간호조무사	<input type="checkbox"/> 기타()	

확인사항	① 간병을 어디에서 받고 있습니까? [] 재가(在家) [] 요양소(요양원) [] 기타시설 ※ 간병을 요양소(요양원)나 기타 시설에서 받은 경우만 기재합니다.								
	시설명	소재지	간병비용						
	② 다른 법률에 따라 간병서비스를 받고 있습니까? [] 예 [] 아니오 ※ 예라고 체크한 경우에만 기재합니다. [] 노인장기요양보험(등급:) [] 장애인활동지원급여 [] 기타								
	③ 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(또는 결정문), 영수증, 기타서류

자동지급 신청	간병장소가 “재가”이면서, 가족에 의해 간병을 받는 경우 2회분부터 자동지급을 신청할 수 있습니다. 자동지급을 신청하겠습니까? [] 예 [] 아니오								
	* 간병장소, 간병인이 변경되는 경우 즉시 공단에 해당 사실을 알려야(전화 가능) 합니다.								

※ 구비서류: 간병인의 인적사항을 증명할 수 있는 서류(기존에 이미 제출하신 경우에는 생략할 수 있습니다)

위 기재내용을 확인하고 산업재해보상보험법시행령 제21조제1항에 따라 위와 같이 청구합니다.

년 월 일
 청구인 (서명 또는 인) **☞**
 대리인 (서명 또는 인) **☞**

※ 유의사항

1. 간병급여는 무료장해보호시설에 입소한 경우는 지급되지 않습니다.
2. 간병급여 지급 대상이 된 경우 매 2년 경과시 마다 간병요구도 평가를 실시하며, 그 결과에 따라 간병급여 지급 여부가 결정됩니다.

근로복지공단

지역본부(지사)장 귀하

