

[별지 제21호 서식] <개정 2018.12.12., 2023.07.05.>

산업재해보상보험

☐ 유족보상연금 ☐ 지급정지 ☐ 진폐유족연금 ☐ 정지해제

※ 공통란은 모두 기재하시고, 해당 신청란에 [✓] 하고 기재하시기 바랍니다.

접수번호		접수일		처리기간	7일
공 통	산 재 근로자	성 명	생년월일 년 월 일		
		재해발생일	년 월 일		
신 청 인	성 명	생년월일	주 소		근로자와 의 관계
		년 월 일			
		년 월 일			
	행방불명 경위 및 해제사유 :			사유발생일 : 년 월 일	
[] 지 급 정 지	행방불명 된 수급권 자	성 명	생년월일	최후의 주소	행방불명된 일자
			년 월 일		
			년 월 일		
[] 정 지 해 제	지급 정지 기간 중 연금을 지급 받은 자	성 명	생년월일	주 소	
			년 월 일	휴대전화	
			년 월 일	휴대전화	

산업재해보상보험법 시행령 제62조에 따라 위와 같이 신청합니다.

이
예
제

신 청 인 : (서명 또는 인) ☎

대 리 인 : (서명 또는 인) ☎

근로복지공단 지역본부(지사)장 귀하

※ 행방불명 시 구비서류

법원의 실종선고 판결문 1부(해당 자료가 있는 경우에 제출)

210mm×297mm(신문용지 54g/m²)