

[별지 제23호 서식] <개정 2018.12.12., 2023.07.05.>

산 업 재 해 보 상 보 험
중요양상태 변동신고서

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

접수번호		접수일		처리기간		7일	
산 재 근로자	성 명	생년월일 년 월 일					
	재해발생일	년 월 일					
상 병 상 태	상병명						
	상병경과	※ 육하원칙에 의거 기재					

<구비서류>

1. 별지 제8호 서식의 중증요양상태 진단서 1부.

※ 이 신고서는 상병보상연금을 받고 있는 근로자의 중증요양상태 등급에 변동이 있을 경우에 제출합니다.

위에 기재한 사실이 틀림없음을 확인합니다. 년 월 일 의료기관명  소재지  대표자 (서명 또는 인)	산업재해보상보험법 시행령 제64조제2항의 규정에 따라 중증요양상태를 신고합니다. 년 월 일 신고인 : (서명 또는 인)  대리인 : (서명 또는 인) 
---	---

근로복지공단

지역본부(지사)장 귀하

210mm×297mm(신문용지 54g/m²)