

(앞면)

|                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                                                                                                            |                                        |        |                                    |    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------|------------------------------------|----|--|
| 접수번호                                                                                                                          |                                                                                     | 접수일자                                                                                                                                                       |                                        | 처리기간   |                                    | 7일 |  |
| 재<br>해<br>자                                                                                                                   | 성명(외국인은 외국인등록증상 영문명 대문자)                                                            |                                                                                                                                                            |                                        |        | 주민등록번호(외국인등록번호)<br>□□□□□□-□□□□□□□□ |    |  |
|                                                                                                                               | 주 소                                                                                 |                                                                                                                                                            |                                        |        | 휴대전화:<br>전화번호:                     |    |  |
|                                                                                                                               | 재해발생<br>일 시                                                                         | □□□□년 □□월 □□일 □□시 □□분                                                                                                                                      | 채용일자:                      년    월    일 |        |                                    |    |  |
|                                                                                                                               | 출근시간:                                                                               |                                                                                                                                                            | 퇴근시간:                                  |        | 직 종:                               |    |  |
|                                                                                                                               | 보험가입자<br>(사업주)와의<br>관계                                                              | 사업주여부<br>[ ] 해당없음<br>[ ] 실제사업주(동업자포함)    [ ] 하수급사업주<br>친인척여부<br>[ ] 해당 없음<br>[ ] 배우자    [ ] 부모    [ ] 자녀    [ ] 형제자매    [ ] 기타 친인척(                      ) |                                        |        |                                    |    |  |
| 근로자유형                                                                                                                         |                                                                                     | [ ] 근로자    [ ] 노무제공자    [ ] 중소기업사업주    [ ] 중소기업사업주 가족종사자    [ ] 학생연구자<br>[ ] 건강손상자녀    [ ] 특수형태근로종사자('23.6.30. 이전 재해)    [ ] 현장실습생                         |                                        |        |                                    |    |  |
| 사<br>업<br>장<br>및<br>재<br>해<br>관<br>련<br>내<br>용                                                                                | 신청 구분: [ ] 업무상 사고    [ ] 업무상 질병(진폐·CS2 포함)    [ ] 출퇴근 재해                            |                                                                                                                                                            |                                        |        |                                    |    |  |
|                                                                                                                               | 사업장명                                                                                | 사업주명                                                                                                                                                       |                                        | 연락처(☎) |                                    |    |  |
|                                                                                                                               | 사업장관리번호<br>(이용개시번호, 플랫폼화물차주관리번호) □□□□-□□□□-□□□□□□□□ (사업개시번호:                      ) |                                                                                                                                                            |                                        |        |                                    |    |  |
|                                                                                                                               | 사업장<br>주소                                                                           |                                                                                                                                                            |                                        |        |                                    |    |  |
| 재해 발생 경위(별지사용 가능)                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                                                            |                                        |        |                                    |    |  |
| ※ 작성방식: 어디에서(구체적 장소), 무엇을 하기 위해(작업내용, 목적), 무엇을 사용하여(작업도구, 취급물질), 어떻게 하다가(경위, 동작, 움직임), 어떤 이유 때문에 어떻게 재해를 당하였는지 작성하여 주시기 바랍니다. |                                                                                     |                                                                                                                                                            |                                        |        |                                    |    |  |
| ① 위 재해와 관련하여 교통사고, 음주, 폭행 등의 사유로 경찰서에 신고(접수)된 사실이 있습니까?    [ ]예    [ ]아니오                                                     |                                                                                     |                                                                                                                                                            |                                        |        |                                    |    |  |
| ② 위 재해와 관련하여 119 또는 소방서에 구조구급·재산 신고(접수)된 사실이 있습니까?                      [ ]예    [ ]아니오                                        |                                                                                     |                                                                                                                                                            |                                        |        |                                    |    |  |
| ③ 위 재해와 관련하여 자동차 보험사에 사고를 신고한 사실이 있습니까?                                              [ ]예    [ ]아니오                           |                                                                                     |                                                                                                                                                            |                                        |        |                                    |    |  |
| 목격자가 있는 경우: 성명(                      ), 연락처(                      ), 재해자와의 관계(                      )                         |                                                                                     |                                                                                                                                                            |                                        |        |                                    |    |  |
| 재해 발생 후 현재 요양 중인 의료기관 전에 진료(치료) 받은 의료기관                                                                                       |                                                                                     |                                                                                                                                                            |                                        |        |                                    |    |  |
| 의료기관명:                                                                                                                        |                                                                                     |                                                                                                                                                            |                                        | 소재지:   |                                    |    |  |
| 의료기관명:                                                                                                                        |                                                                                     |                                                                                                                                                            |                                        | 소재지:   |                                    |    |  |

< 영양급여신청 의료기관 대행 제출 위임(동의)장 >

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

위임하는 자(신청인)

위임받는 자(의료기관)

(서명 또는 인)

(서명 또는 인)

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

위와 같이 업무상재해 인정 및 요양급여를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

대리인 (서명 또는 인)

|                  |                                                                             |      |                  |                         |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------|------------------|-------------------------|
| 다<br>른<br>보<br>상 | ① 본 재해와 동일한 사유로 민법, 기타 법령에 따라 보상 또는 배상금을 수령한 사실이 있습니까?<br>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<br>내<br>사<br>항 | ① 산업재해보상보험법 시행규칙 제20조 제2항에 따라 요양급여신청서가 접수되면 <b>보험가입자(사업주)에게 알리고 보험가입자 의견을 확인</b> 하여 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( <a href="http://www.comwel.or.kr">http://www.comwel.or.kr</a> )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( <a href="https://total.comwel.or.kr">https://total.comwel.or.kr</a> )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 |                      | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 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 |                                         | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 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                                                                                                        |                                      | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 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<br>(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 |                                                                                 | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |      |
| 제공받는 기관                                  | 이용 목적                                                                           | 이용 항목                                                         | 이용기간 |
| 계약된 수탁기관                                 | - 일상복귀지원(심리상담, 재활스포츠, 멘토링 희망<br>찾가사회적응가족화합프로그램)<br>- 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 |                                                                     | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음          |      |
| 제공받는 기관                                                                       | 이용 목적                                                               | 이용 항목                                                                  | 이용기간 |
| 직장복귀지원<br>의료기관,<br>사업주                                                        | - 직장복귀계획서 제출 제도<br>· 직장복귀 지원 안내·상담<br>· 직장복귀계획이행을 위해 사업주에게 산재승인정보제공 | ·성명, 연락처(일반전화, 휴대전화)<br>·산재승인정보(의료기관명, 상병명, 요양기간, 장애등급, 수술여부), 직장복귀소견서 | 3년   |

성명

(서명 또는 인)

근로복지공단

지역본부(지사)장 귀하

※ 해당란에 [✓] 하고 기재하십시오.

(앞 면)

산업재해보상보험 요양급여신청 소견서

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| ① 성명(외국인은 영문명)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ② 주민등록번호(외국인등록번호)<br>□□□□□□-□□□□□□□□ | ③ 재해일자<br>□□□□□□년□□□□□□월□□□□□□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<br>(환자가 진술하는 대로)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 년 월 일 ( : ) 최초 발생<br>증상의 내용          | ⑨ 재해 당시 의식소실 ([ ]유 [ ]무)        |
| ⑩ 현재 환자가 호소하는 증상<br>(환자의 표현대로)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |                                 |
| ⑪ 상병상태에 대한 종합소견<br>(주요 이학적·도수 검사 등)<br>※ 상세 소견은 별지 사용 가능                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                 |
| ⑫ 주요검사<br>[ ]X-Ray [ ]CT [ ]MRI [ ]MRA [ ]심장혈관조영술 [ ]Bone scan [ ]PET<br>[ ]초음파 [ ]내시경 [ ]관절경 [ ]근(신경)전도 [ ]폐기능 [ ]조직 [ ]적외선체열<br>[ ]정신상태 [ ]심리학적 [ ]기타·특이사항( )<br>※ 주요소견 기재 또는 결과지 첨부                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                      |                                 |
| ⑬ 기존(기초)질환<br>고혈압([ ]유 [ ]무) 혈압약([ ]미복용 [ ]부정기복용 [ ]정기복용) 고지혈증([ ]유 [ ]무) 상병관련 가족력([ ]유 [ ]무)<br>당뇨([ ]유 [ ]무) 당뇨치료([ ]미복용 [ ]약물복용 [ ]인슐린) 결핵([ ]유 [ ]무) 간염([ ]유 [ ]무)<br>[ ]기타·특이사항( )<br>재해 전 본원에서 유사상병으로 치료를 받은 사실 여부 [ ]유 [ ]무<br>기타·특이사항(일시·시술명·부위·의료기관)                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                 |
| ⑭ 상병명과 상병코드                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                 |
| 상해코드                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 주/부/파생                               | 상병코드(KCD기준) 세부상병명(확정진단 병명)      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                                 |
| (상해코드) 두부(뇌/두개골/두피), 눈, 귀(내/외부), 안면부, 목, 팔, 손/손가락, 가슴/등, 허리, 엉덩이, 다리, 발/발가락, 복합부위, 순환 기관, 호흡기관, 소화기관, 비뇨/생식기관, 신경계통, 복부, 전신, 기타 중에서 상병코드별 하나씩 기재<br>(주/부/파생) 주상병은 한국표준질병사인분류 지침서에 따라 주된 병태에 해당하는 하나의 상병코드에 대해서만 가능<br>(상병코드) 확진(최종) 진단명이 한국표준질병사인분류표상 속하는 최하위 코드로 코딩하여야 하고, 병태의 외인을 설명하는 부연코드(대분류 코드가 V, Y, Z인 것)는 산재보험에서는 사용하지 않으므로 상병의 병태에 해당하는 코드로 코딩<br>(오류예시) 하나의 상병으로 코딩할 수 없는 여러 상병을 하나로 표시하는 것, 질병 또는 손상에 의한 상병인지를 확인하지 않고 한국표준질 병사인분류상 대분류 M코드를 손상으로(또는 S코드를 질병으로) 코딩 |                                      |                                 |

|                        |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                          |           |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------|-----------|
| ⑮<br>입원                | 예상기간                                                                     | 년 월 일 ~ 년 월 일 ( 주)                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |                          |           |
|                        | 사 유                                                                      | [ ]수술 [ ]의식장애 [ ]외·기기고정 [ ]석고붕대고정 [ ]절대안정 [ ]안정 및 보호 [ ]이동불가<br>[ ]기타                                                                                                                                                                                                                                          |        |                          |           |
|                        |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                          |           |
| ⑯<br>통원                | 예상기간                                                                     | 년 월 일 ~ 년 월 일 ( 주)                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |                          |           |
|                        | 사 유                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                          |           |
|                        | 취업치료<br>여부(근무<br>병행치료)                                                   | ※ 취업치료(근무 병행치료)는 치료받으면서 근무가 가능한 상태를 말함(의학적 판단)<br>[ ] 취업치료가능 [ ] 취업치료 불가 : 향후 ( )개월 후 가능성 재판단                                                                                                                                                                                                                  |        |                          |           |
| ⑰<br>수술                | 수술여부                                                                     | [ ]없음 [ ]있음                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 수술명    |                          |           |
|                        | 수술(예정)일                                                                  | 년 월 일                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 수술의료기관 | [ ]본원 [ ]타원( )           |           |
| ⑱ 계속 동반 치료가 필요한 기존질환명  |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                          |           |
| ⑲ 집중재활치료의<br>필요 구분     |                                                                          | (※재활인증의료기관에서 제공하는 전문재활치료로서 발병일 또는 수술일로부터 ㉔6개월 이내의 뇌혈관,<br>㉔3개월 이내의 척추·견관절·주관절·완관절·수부·고관절·슬관절·족관절·족부질환자, ㉔해당기간 도<br>과했으나 재활치료 효과가 기대되는 사람에게 제공, 단, 염좌, 타박상 등 경미한 상병은 제외)<br>[ ] 일정기간 집중재활치료 곤란 [ ] 3개월 이내 치유 또는 13급 이하의 장애 예상<br>[ ] 집중재활치료 필요(또는 예정) [ ] 집중재활치료 질환자 아님<br>[ ] 상태 악화 또는 수술 예정 [ ] 집중재활치료 불필요( ) |        |                          |           |
| 협진, 병행진료가<br>필요한 진료과목  |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        | 심리상담 필요<br>(개인별 심리상담 지원) | [ ] 필요    |
| 의료<br>기관<br>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<br>변경(예정)일자                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 년 월 일  |                          |           |
| <첨부서류>                 |                                                                          | 1. 신청 상병을 확인할 수 있는 각종 검사자료 및 결과지 각1부.<br>2. 절단, 화상, 좌열창, 욕창은 환부 칼라사진<br>3. 정신질환의 경우 진단의 근거를 의학적으로 입증할 수 있는 응급진료 또는 초진기록지 등 의무기록 및 각종 검사 결<br>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)  |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                          |           |

출퇴근재해 발생신고서

|          |                    |                                                                                                                           |         |          |            |
|----------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|------------|
| 일반 사항    | 재해자 성명             |                                                                                                                           | 생년월일    |          |            |
|          | 출퇴근 구분             | <input type="checkbox"/> 출근중 사고 <input type="checkbox"/> 퇴근중 사고 <input type="checkbox"/> 사업장간 이동중 사고                      |         |          |            |
|          | 사고 유형              | <input type="checkbox"/> 교통사고(버스, 지하철, 택시, 승용, 기타:        ) <input type="checkbox"/> 도보 등 기타사고(        )                  |         |          |            |
|          | 교통수단 유형            | <input type="checkbox"/> 사업주가 제공한 교통수단 이용 중 사고<br><input type="checkbox"/> 그 외(대중교통, 자가용, 도보 등) 사고                        |         |          |            |
|          | 사고발생 일시            |                                                                                                                           |         |          |            |
|          | 통상 출퇴근 소요시간        | :                                                                                                                         |         |          |            |
| 재해 발생 상황 |                    | 장소(주소)                                                                                                                    |         | 시간       |            |
|          | 출발장소               | (주소)                                                                                                                      |         |          |            |
|          | 사고장소               | (주소)                                                                                                                      |         |          |            |
|          | 도착(목적)장소           | (주소)                                                                                                                      |         |          |            |
|          | 일탈/중단              | 출퇴근 과정에서 출퇴근 경로를 벗어나거나(일탈), 출퇴근을 멈춘(중단) 사실이 있습니까?<br><input type="checkbox"/> 있음(사유:        ) <input type="checkbox"/> 없음 |         |          |            |
|          | 사고 상황도<br>(필요시 작성) |                                                                                                                           |         |          |            |
| 보험정보     | 구분                 | 운전자명                                                                                                                      | 교통사고 유형 | 차량번호     | 보험종류       |
|          |                    | 보험사명                                                                                                                      | 사고접수번호  | 보험금 수령여부 | 보험금 수령액(원) |
|          | 재해자 탑승 차량          |                                                                                                                           |         |          |            |
|          |                    |                                                                                                                           |         |          |            |
|          | 상대방 차량             |                                                                                                                           |         |          |            |
|          |                    |                                                                                                                           |         |          |            |

위에 기재한 내용이 사실임을 확인합니다.

이  
호  
지

신고인(근로자) :

(서명 또는 인)