

[별지 제2호서식] <개정 2019. 8. 12., 2020. 12. 29., 2021.12. 30., 2022. 12. 1., 2023. 7. 5., 2024. 7. 15., 2025. 8. 5..>

## 산업재해보상보험 요양급여신청서

\* 굵은 선 안은 필수 기재사항이므로 반드시 기재해 주시기 바랍니다.

(앞 면)

접수번호	접수일자	처리기간	7일
성명(외국인은 외국인등록증상 영문명 대문자)		주민등록번호(외국인등록번호) □□□□-□□□□□□□□□□□□	
재 해 자 자	주소		휴대전화: 전화번호:
	재해발생 일시	□□□□년□□월□□일□□시□□분	채용일자: 년 월 일
	출근시간:		퇴근시간:
	보험가입자 (사업주)와의 관계	사업주여부 친인척여부	[ ] 해당없음 [ ] 실제사업주(동업자포함) [ ] 하수급사업주 [ ] 해당 없음 [ ] 배우자 [ ] 부모 [ ] 자녀 [ ] 형제자매 [ ] 기타 친인척( ) [ ] 근로자 [ ] 노무제공자 [ ] 중소기업사업주 [ ] 중소기업사업주 가족종사자 [ ] 학생연구자 [ ] 건강손상자녀 [ ] 특수형태근로종사자('23.6.30. 이전 재해) [ ] 현장실습생
신청 구분: [ ] 업무상 사고 [ ] 업무상 질병(진폐 · CS2 포함) [ ] 출퇴근 재해 사업장명			
사업장 주소	사업주명	연락처(☎)	
사업장관리번호 (이용개시번호, 플랫폼화물차주관리번호) □□□□-□□□□-□□□□□□□□-□□ (사업개시번호: )			
재해 발생 경위 ※ 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.(별지사용 가능)			
재해 발생 후 현재 요양 중인 의료기관 전에 진료(치료) 받은 의료기관 의료기관명: 소재지: 의료기관명: 소재지:			
목격자가 있는 경우: 성명( ), 연락처( ), 재해자와의 관계( )			

### < 요양급여신청 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)

위임 받는 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 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 기재 하셔야 합니다.
	③ 사업장관리번호는 근로복지공단 홈페이지( <a href="http://www.comwel.or.kr">http://www.comwel.or.kr</a> )에서 사업장명 등으로 검색 할 수 있으며, 확인이 어려운 경우 가까운 공단 또는 고객센터(1588-0075)에 문의(전화, 방문)하여 도움을 받을 수 있습니다.
	④ 요양급여신청서의 진행 상황은 고용·산재보험 토탈서비스( <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.
	⑦ 업무상 재해여부 판단 및 보험급여 지급 결정에 필요한 공공 마이데이터 본인정보 제공 요구에 동의할 경우 「본인정보 제3자 제공요구서」를 제출하면 직접 관련 서류를 제출하지 않아도 됨을 알려 드립니다.

**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 업무상 재해여부 결정 및 보험급여 지급 결정	이용 항목 건강검진기록, 진료내역, 장애인증명서
※ 이용 항목에서 제공되는 정보에는 민감한 진료과목(정신건강의학과, 비뇨기과, 산부인과 등) 내역이 포함될 수 있습니다.	

- 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 공단서비스 안내 및 홍보 (문자, 전자우편, 감사편지)	이용 항목 성명, 연락처(일반전화, 휴대전화, 전자우편, 주소), 의료기관명
	이용기간 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 계약된 수탁기관	이용 목적 - 일상복귀지원(심리상담, 재활스포츠, 멘토링, 희망 찾기·사회적응기죽화합프로그램) - 직업재활서비스(원직복귀지원, 직업훈련, 재취업)	이용 항목 성명, 연락처(일반전화, 휴대전화, 전자우편, 주소), 의료기관명	이용기간 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 직장복귀지원 의료기관, 사업주	이용 목적 - 직장복귀계획서 제출 제도 - 직장복귀 지원 안내·상담 - 직장복귀계획 이행을 위해 사업주에게 신재승인정보제공	이용 항목 • 성명, 연락처(일반전화, 휴대전화) • 신재승인정보(의료기관명, 상병명, 요양기간, 장해등급, 수술여부), 직업복귀소견서	이용기간 3년

성명

(서명 또는 인)

근로복지공단

지역본부(지사)장 귀하

## 산업재해보상보험 요양급여신청 소견서

(상해코드) 두부(뇌/두개골/두피), 눈, 귀(내/외부), 안면부, 목, 팔, 손/손가락, 가슴/등, 허리, 엉덩이, 다리, 발/발가락, 복합부위, 순환기관, 호흡기관, 소화기관, 비뇨/생식기관, 신경계통, 복부, 전신, 기타 종에서 삼별코드별 하나씩 기재

(주/부/파생) 주상별은 한국표준질병사인분류 지침서에 따라 주된 병태에 해당하는 하나의 상별코드에 대해서만 가능

(상병코드) 확진(최종) 진단명이 한국표준질병과인분류표상 속하는 최하위 코드로 코딩하여야 하고, 병태의 외인을 설명하는 부연코드(대분류 코드가 V, Y, Z인 것)는 사재보험에서는 사용하지 않은으로 산별의 병태에 해당하는 코드로 코딩

(오류예시) 하나의 상병으로 코딩할 수 없는 여러 상병을 하나로 표시하는 것, 질병 또는 손상에 의한 상병인지를 확인하지 않고 한국표준질병코드인분류상 대부분은 M코드를 손상으로(또는 S코드를 질병으로) 코딩

⑯ 입원	예상기간	년 월 일 ~ 년 월 일 ( 주)	
	사유	[ ]수술 [ ]의식장애 [ ]외 · 기기고정 [ ]석고붕대고정 [ ]절대안정 [ ]안정 및 보호 [ ]이동불가 [ ]기타	
⑰ 통원	예상기간	년 월 일 ~ 년 월 일 ( 주)	
	사유	※ 취업치료(근무 병행치료)는 치료받으면서 근무가 가능한 상태를 말함(의학적 판단) [ ] 취업치료가능 [ ] 취업치료 불가능 : 향후 ( )개월 후 가능성 재판단	
⑪ 수술	수술여부	[ ] 없음 [ ] 있음	수술명
	수술(예정)일	년 월 일	수술의료기관 [ ] 본원 [ ] 타원( )
⑯ 계속 동반 치료가 필요한 기준질환명			
⑯ 집중재활치료의 필요 구분	(※재활인증의료기관에서 제공하는 전문재활치료로서 발병일 또는 수술일로부터 ⑦6개월 이내의 뇌혈관, ⑧3개월 이내의 척추 · 관절 · 주관절 · 완관절 · 수부 · 고관절 · 슬관절 · 족관절 · 족부질환자, ⑨해당기간 도 과했으나 재활치료 효과가 기대되는 사람에게 제공, 단, 염좌, 타박상 등 경미한 상병은 제외) [ ] 일정기간 집중재활치료 곤란 [ ] 3개월 이내 치유 또는 13급 이하의 장해 예상 [ ] 집중재활치료 필요(또는 예정) [ ] 집중재활치료 질환자 아님 [ ] 상태 악화 또는 수술 예정 [ ] 집중재활치료 불필요( )		
	협진, 병행진료가 필요한 진료과목	심리상담 필요 (개인별 심리상담 지원)	
의료기관	변경할 의료기관명: 소재지: 의료기관 변경사유:		
변경	※의료기관 변경이란 생활근거지 또는 전문적 치료 등을 위해 현재 요양 중인 의료기관에서 다른 의료기관으로 변경하는 것을 말합니다. 의료기관 변경(예정)일자 년 월 일		
<첨부서류>	1. 신청 상병을 확인할 수 있는 각종 검사자료 및 결과지 각1부. 2. 절단, 화상, 좌멸창, 육창은 환부 칼라사진 3. 정신질환의 경우 진단의 근거를 의학적으로 입증할 수 있는 응급진료 또는 초진기록지 등 의무기록 및 각종 검사 결과지 각1부.(뇌영상 검사, 뇌파 검사, 심전도 검사, 정신상태 검사, 심리학적 검사, 갑상선 기능검사 등)		

위에 기재한 내용이 사실임을 확인합니다.

년 월 일

의료기관 주소:

전화번호:

의사면허번호:

호

팩스번호:

전문과목:

(전문의: 호)

의료기관명:

(서명 또는 인)

성명:

(서명 또는 인)

근로복지공단

지역본부(지사)장 귀하

자문의사 소견

년 월 일

자문의사명

(서명 또는 인)

(210mm×297mm, 일반용지 60g/m<sup>2</sup>)