산 업 재 해 보 상 보 험 요 양 급 여 신 청 서

		를 필수 기재사항이므		수시기 바랍니다.						(앞 면)	
í	접수일자	접수번호						처리기간 7일			
재 해 자	성 명(외국인은 외국인등록증상 영문명 대문자)			주	민등	록번호(외국(인등록번호) 				
	주 소			-		휴대전화:					
						전화번호:					
	재해발생 일 시	년	월		분	채용일자:	년	월	일		
	출근시간: 퇴근시간:					직	종:				
	보험가입자 (사업주)와의 관계	사어즈어브	상없음								
		[] 해당 없음 친인척여부									
		[] 배우자 [] 부모 [] 자녀 [] 형제자매 []기타 친인척()									
	신청 구분: [] 업무상 사고 _ [] 업무상 질병(진폐·CS2 포함) _ [] 출퇴근 재해										
사 업	사업장명		사업	주명			연락처(20	!)			
	사업장관리	l번호			(사	업개시번호:)	
	사업장										
장	주소 주소 전체 경위(별지사용 가능) 전체 발생 경위(별지사용 가능)										
및											
재											
해											
관 련 내	① 위 재해요	라 관련하여 교통사고, ;	음주, 폭행 등의 사유	우로 경찰서에 신고	<u>(</u> 접수	원 사실이 있	습니까? [] 예	[] 아니오	
	② 위 재해요	와 관련하여 119 또는 ∠	소방서에 구조구급·	재난 신고(접수)된	사실	이 있습니까?]] 예	[] 아니오	
	③ 위 재해외	아 관련하여 자동차 보 <u>휴</u>	험사에 사고를 신고현	<u></u> 사실이 있습니까	 ?		[] 예	[] 아니오	
용 목격자가 있는 경우: 성명(), 연락처(), 재해자와의 관계()	
		후 현재 요양 중인	의료기관 전에 전		의료	기관					
	의료기관			소재지:							
	의료기관		으야그어시처 이	소재지: = 기과 대해 제	<u></u> 추 역	일이(도이)자	. ,				
< 요양급여신청 의료기관 대행 제출 위임(동의)장 > 본인은 요양급여 신청서를 아래 의료기관이 대행하여 근로복지공단(고용·산재보험토탈서비스(total.kcomwel.or.kr) 포함]에											
		위임·동의합니다					_ 1 1—(1010		 0	., — 🗀 ; .,	
위입	일하는 자(건	√청인)		위임받	는 지	(의료기관)					
(서명 또는 인) (서명 또는									E는 인)		
※ 첨부서류: : 산업재해보상보험 요양급여신청 소견서(별지 제3호 서식)											
위와 같이 업무상재해 인정 및 요양급여를 신청합니다.											
			년	월 신청인	일		(서명	또는 인)		
1									1		