[별지 제28호서식]
※굵은선안은신청인이기입하지않습니

민 원 서 류	산업재해보상보험
처리기한 : . . .	**요 양 신 청 서**

①사업장관리번호		②사업개시번호		③신청구분	□ 최초 □전원 □재요양		
피재자 (신청인)	④성명		⑤ 주민등록번호		⑥학력		⑦국적
	⑧주소	□□□-□□□				☎	
	⑨직종	□□□	⑩채용년월일	. . .	⑪출근시간		⑫퇴근시간
	⑬작업개시시간			⑭재해발생일시	년 월 일 시.		
	⑮재해자와 사업주의 관계	□동업자 □친인척 □해당없음					

⑬재해원인 및 발생상황 (* 전원 · 재요양을 받고자 할 때에는 그 사유를 기재)

※ 재해경위 등 주요사항을 사실과 달리 기재하여 보험급여를 지급받은 경우에는 산업재해보상보험법 제53조 규정에 의거 배액징수 등 불이익 처분을 받게 되니 사실대로 · 구체적으로 기재하셔야 합니다.

어디에서(구체적장소) 무엇을 하기 위해 (작업내용, 목적) 무엇을 사용하여 (작업도구,취급물질) 어떻게 하다가 (경위,동작, 움직임) 어떤 이유 때문에 (물적 · 인적 원인) 어떻게 재해를 당함	(별지사용 가능)
⑯재해발생 형태 (해당번호에 O표)	1.떨어짐(추락) 2.미끄러짐 · 넘어짐(전도) 3.부딪침(충돌) 4.날아오는 물체에얻어맞음(낙하 · 비래) 5. 무너짐 · 내려앉음(붕괴 · 도괴) 6. 감김 · 끼임(협착) 7.절단 8.감전 9.폭발 10. 파열 11.화재 12.무리한 동작 13.이상온도 · 기압 접촉 14.유해물질 접촉 · 중독 · 질식(사고성) 15.빠짐 · 익사 16.사업장내 교통사고 17.사업장외 교통사고 18.직업병(진폐 · 뇌심혈관 제외) 19.진폐 20.업무상 질병(뇌혈관 · 심장) 21.광산사고 22.기타

목격자 또는 최초사고인지자	⑰성 명		⑱연 락 처		⑲신청인과의관계
전 원 신 청 시	⑳병 · 의원명칭		㉑소재지		
㉒본 재해와 동일 사유로 민법 기타 법령의 규정에 의하여 보상 또는배상 수령 여부	□ 예 □아니오				

위에 기재한 사실이 틀림없음을 확인합니다. 년 월 일 사업의 명칭 소 재 지 사 업 주 (서명 또는 날인) E-mail : 휴대폰 :	위와 같이 신청합니다. 년 월 일 ✓신 청 인 : (서명 또는 날인) E-mail : 휴대폰 :

위 임 장

위 본인은 요양신청(□최초 □전원 □재요양)을 아래 의료기관에게 근로복지공단 고용·산재보험토탈서비스 (total.welco.or.kr)를 통하여 제출할 것을 위임합니다.

위임하는 자 (서명 또는 인) 위임받는 자 (서명 또는 인)

근로복지공단 **지역본부(지사)장 귀하**

요양 결정 사항	입 원	년 월 일 ~ 년 월 일	(일간)
	통 원	년 월 일 ~ 년 월 일	(일간)
	재가요양	년 월 일 ~ 년 월 일	(일간)
불인정 또는 요양기간 변경이유			

위와 같이 결정합니다.
년 월 일

접수	접수일자	. . .	처리	선 람		결재	담 당	차 장	부 장	본부(지사)장
	접수번호			조회필						
	처리기간	7일		입력필						

구비서류 없음. 다만, 재해경위 등 사실확인을 위하여 관계인의 진술 또는 서류가 필요할 수 있습니다.

(210mm×297mm, 신문용지 54g/㎡)

(뒷 면)

소 견 서 [□ 최초 · □ 전원 · □ 재요양]

㉓성 명		㉔주민등록번호	
㉕상해부위	1.두부(뇌, 두개골, 두피) 2.눈 3.귀(내·외부) 4.안면부 5.목 6.팔 7.손·손가락 8.가슴·등 9.허리 10.엉덩이 11.다리 12.발·발가락 13.복합부위 14.순환기관 15.호흡기관 16.소화기관 17.비뇨·생식기관 18.신경계통 19.복부 20.전신 21.기타		
㉖상해종류 및 상병명 (분류번호)	1.골절 2.삐임 3.요통·근골격질환 4.절단 5.베임 6.찰과상 7.타박상·진탕 8.파열·열상 9.찔림 10.화상 11.동상 12.피부병 13.전염·중독 14.질식·익사 15.내부기관 상해 16.기타		
	1.(□□□ □)	3.(□□□ □)	
	2.(□□□ □)	4.(□□□ □)	
㉗재해발생일시	년 월 일 시	㉘기존질병 및 장해상태	
㉙최초 의료기관도착일시	년 월 일 시	㉚통원기간중 취업가능 여부 및 시기	

㉛치료예상 기간	입 원	년 월 일 ~ 년 월 일	( )일간
	통 원	년 월 일 ~ 년 월 일	( )일간
	재가요양	년 월 일 ~ 년 월 일	( )일간

㉜ 담당의사의 진료소견 (별지사용 가능)

□초진 □재진시 상태		
처치 또는 처방내용		
향후 장해유무		
입원이 필요한 이유		
전원·재요양 필요성		
기타	직 업 력	
	수행직무특성	
	사 고 사 항	

위에 기재한 사실이 틀림없음을 확인합니다.

년 월 일

의료기관 지정번호 명 칭 ☎

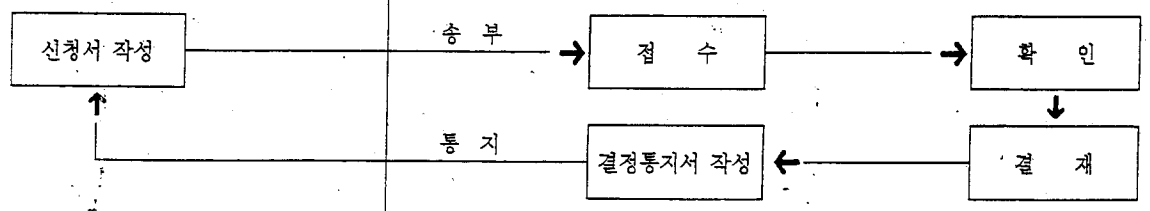
소 재 지 의료기관장 (인)

담당의사의 면허번호 제 호 성명 (서명 또는 날인)

자문의소견	
	년 월 일 자문의 (서명 또는 날인)

※ 이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

청 구 인	처리기관 : 근로복지공단 지역본부·지사(보상부)



기재요령

1. 본 신청서는 최초요양, 전원요양, 재요양신청시 구분 기재하여 신청합니다.
2. ㉒항 사업개시번호는 동종사업일괄적용사업장의 최초요양 신청시 기재합니다.
3. ㉙항은 최초의료기관 도착일시를 기재합니다.
4. ⑳,㉑항은 전원신청시 희망 병·의원의 명칭과 소재지를 기재합니다.

유의(참고)사항

1. 재해경위 등 주요사항을 사실과 달리 기재하여 보험급여를 지급받은 경우에는 법 제53조 규정에 의거 배액징수 등 불이익 처분을 받게 됩니다.
2. 재요양신청서는 신청인의 치료종결 당시 의료기관을 관할하는 공단의 지역본부(지사)에 제출하시기 바랍니다.
3. 요양신청서는 3부를 작성하여 공단의 관할지역본부(지사), 의료기관, 소속사업장에 각 1부씩 제출합니다.