

산업재해보상보험
직장적응훈련 부분휴업급여청구서

접수번호				접수일				처리기간	7일
산재 근로자	성명				생년월일				재해일자
	적응훈련 참여기간	년	월	일	~	년	월	일	연락처
수령계좌를 변경 하시겠습니까? [] 예 [] 아니오									
수령 계좌	은행(증권사)명:								
	계좌번호: (예금주 :)								
[] 보통계좌 [] 보험급여 전용계좌(희망지킴이-압류금지계좌)									
청구기간		년 월 일 ~ 년 월 일(개월)							
청구기간동안 받은 임금(보수)액		원							

산업재해보상보험법 시행령 제50조제1항에 따른 직장적응훈련 부분휴업급여를 위와 같이 청구합니다.

년 월 일
청 구 인 (서명 또는 인) ☎
대 리 인 (서명 또는 인) ☎

근로복지공단

지역본부(지사)장 귀하

- 구비서류: 1. 임금대장 및 출근부 또는 노무제공 확인 및 보수 확인 자료
2. 직장적응훈련 실시 내역을 확인할 수 있는 자료(필요시)