

산업재해보상보험
부 분 휴 업 급 여 청 구 서

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

부분 취업 사업 및 임금(보수)내역

사업장명	관리번호 (사업지등록번호)	전화번호	①임금(보수) 구분	②노무제공자 직종부호	근무기간	임금(보수)액
			☐ 임금 ☐ 보수		~	
			☐ 임금 ☐ 보수		~	
			☐ 임금 ☐ 보수		~	
			☐ 임금 ☐ 보수		~	

* 근무일자별 임금(보수)액이 다른 경우 각 사업장별 [별지 제9호 서식(나)] 서식을 작성하여 주시기 바랍니다.

산업재해보상보험법시행령 제50조제1항에 따른 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. 근로(노무)계약서

2. 임금대장 및 출근부 또는 노무제공 확인 및 보수 확인 자료

※ 동 청구서 및 부분취업내역신고서에서 근무기간 중 취업하지 못하여 임금을 지급받지 못한 내역이 확인되는 경우 해당기간에 대해서 별지 제7호 서식의 휴업급여청구서를 제출한 것으로 간주할 수 있습니다.

① 법 제91조의15제1호에 따른 노무제공자로 부분취업한 경우 “보수”에 ☒ 하고 근무기간 지급받은 보수 작성

※ 보수: 「소득세법」 제19조에 따른 사업소득 및 같은 법 제21조에 따른 기타소득에서 같은 법 제12조제2호 또는 제5호에 해당하는 비과세소득 및 고용노동부장관이 정하여 고시하는 방법에 따라 산정한 필요경비를 뺀 금액

② 노무제공자 직종부호(노무제공자로 부분취업한 경우만 작성)

직종부호	직종명	직종부호	직종명	직종부호	직종명
2101	보험모집인(보험설계사)	2801	신용카드회원모집인	3301	화물차주(화물자동차)
2102	보험모집인(개인보험대리점)	2901	대리운전기사	3401	특수용도화물자동차운전원 (살수차·고소작업차·카고크레인)
2103	보험모집인(우체국등)	2902	택송기사	3501	소프트웨어기술자
2201	건설기계조종사	2903	대리주차원	3601	학교 정기과정 강사
2301	학습자·교육교구등 방문강사	3001	(후원)방문판매원	3602	유치원정기과정강사
2401	골프장캐디	3101	대여제품방문점검원	3603	어린이집정기과정강사
2501	택배기사	3201	가전제품배송기사	3701	관광통역안내사
2601	퀵서비스기사	3302	화물차주 (건안형자동차·특수작업형사다리차)	3801	어린이통학버스기사
2701	대출모집인				

210mm×297mm(신문용지 54g/m²)

산업재해보상보험법

사 업 장 별 부 분 취 업 내 역 신 고 서

산재 근로자	성명	생년월일							년			월			일
	재해발생일					년			월			일			
취업 사업장	사업장명(관리번호)							전화번호							
	소재지														
	임금(보수) 구분	☐ 임금 ☐ 보수													
	노무제공자 직종부호														
청구기간		. . . ~ . . . (일간)													
청구기간동안 받은 임금(보수)액		원													

임금(보수)내역

연번	근무일자	임금(보수액)	연번	근무일자	임금(보수액)
1			17		
2			18		
3			19		
4			20		
5			21		
6			22		
7			23		
8			24		
9			25		
10			26		
11			27		
12			28		
13			29		
14			30		
15			31		
16					

산업재해보상보험법시행령 제49조 및 시행규칙 제44조에 따라 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신 고 인

(서명 또는 인) 

대 리 인

(서명 또는 인) 

취업능력 평가 소견서

성명	생년월일 □□□□년 □□월 □□일		재해발생일
승인상병명 및 분류기호	1.(□□□ □) 4.(□□□ □) 2.(□□□ □) 5.(□□□ □) 3.(□□□ □) 6.(□□□ □)		
현재 상병상태 및 취업능력 평가 소견	현재 상병상태		
	현재기준 노동능력	간단한 경작업 □불가능 □1~2시간 □1/2일가능 □전일가능 재해전 업무 □불가능 □1~2시간 □1/2일가능 □전일가능	
	치료종결 후 예상업무능력	□원직복귀가능 □직무전환필요 □직업전환필요 □업무불가능	
	취업관련 업무수행 가능 여부		
	취업에 따른 부상·질병 상태의 악화 가능 여부		
	증상고정 예상시점		

위에 기재한 사실이 틀림없음을 확인합니다.

년 월 일

의료기관명:	주치의
전화번호:	산재관리의사 여부: []산재관리의사 []해당없음
주소:	의사면허번호: 호
	전문과목: (전문의: 호)
의료기관장명:	성명: (서명 또는 인)

자문의소견	
자문의사명: (서명 또는 인)	
의사면허번호: 제 호	