

산업재해보상보험
간병급여 청구서

접수번호			접수일			처리기간	7일
산재근로자	성명	생년월일 년 월 일					
	재해발생일	년 월 일					
수령계좌	수령계좌를 변경 하시겠습니까? [] 예 [] 아니오						
	은행(증권사)명:		(예금주 :)				
	계좌번호:		[] 보통계좌 [] 보험급여 전용계좌(희망지킴이-압류금지계좌)				
청구기간	년 월 일 부터		년 월 일 까지(		일간)		
간병인 인적사항	성명	주민등록번호					
	주소	휴대전화					
	산재근로자와의 관계	☐ 배우자 ☐ 자녀 ☐ 부모 ☐ 형제 ☐ 기타()	간병인 자격	☐ 없음 ☐ 간호사 ☐ 간호조무사 ☐ 요양보호사 ☐ 기타()			
확인사항	① 간병을 어디에서 받고 있습니까? [] 재가(在家) [] 요양소(요양원) [] 기타시설 ※ 간병을 요양소(요양원)나 기타 시설에서 받은 경우만 기재합니다.						
	시설명		소재지		간병비용		
	② 다른 법률에 따라 간병서비스를 받고 있습니까? []예 []아니오 ※ 예라고 체크한 경우에만 기재합니다. []노인장기요양보험(등급:) []장애인활동지원급여 []기타						
자동지급 신청	③ 이 재해와 동일한 사유로 민법, 그 외 법령에 따른 배상 또는 보상을 받았습니까? [] 예 [] 아니오 ※ 배상 또는 보상금을 수령한 경우 그 내역을 작성해 주세요						
	수령일자	수령금액	지급한 자	첨부서류			
				합의서, 판결문(또는 결정문), 영수증, 기타서류			
간병장소가 “재가”이면서, 가족에 의해 간병을 받는 경우 2회분부터 자동지급을 신청할 수 있습니다. 자동지급을 신청하겠습니까? []예 []아니오 * 간병장소, 간병인이 변경되는 경우 즉시 공단에 해당 사실을 알려야(전화 가능) 합니다.							
※ 구비서류: 간병인의 인적사항을 증명할 수 있는 서류(기존에 이미 제출하신 경우에는 생략할 수 있습니다)							
위 기재내용을 확인하고 산업재해보상보험법시행령 제21조제1항에 따라 위와 같이 청구합니다.							
년 월 일							
청 구 인 (서명 또는 인) ㉠							
대 리 인 (서명 또는 인) ㉠							

※ 유의사항

- 1. 간병급여는 무료장해보호시설에 입소한 경우는 지급되지 않습니다.
- 2. 간병급여 지급 대상이 된 경우 매 2년 경과시 마다 간병요구도 평가를 실시하며, 그 결과에 따라 간병급여 지급 여부가 결정됩니다.

근로복지공단

지역본부(지사)장 귀하

210mm×297mm(신문용지 54g/m²)

간병요구도 평가 소견서

의료기관명	재해자명	생년월일		재해일자	치유일자	장해등급	
		□ □ □ □ 년 □ □ 월 □ □ 일					
승인 상병명							
※ 일상동작 자력가능정도 평가: ① 자력가능 ② 1/4 도움 필요 ③ 1/2 도움필요 ④ 자력불가							
착·탈의	옷을 입거나 벗을 때	① ② ③ ④	휠체어	휠체어를 타고 이동시	① ② ③ ④		
세면	세수나 양치질 및 머리를 감을 때	① ② ③ ④	계단	계단으로 이동시	① ② ③ ④		
목욕	목욕 전반적인 과정	① ② ③ ④	이동(1)	침실에서 일어나 이동시	① ② ③ ④		
식사	차려진 음식을 먹는 과정	① ② ③ ④	이동(2)	휠체어에서 침대간 이동시	① ② ③ ④		
화장실	대·소변을 보기 위해 출입시	① ② ③ ④	이해력	말이나 글을 이해하는 능력	① ② ③ ④		
용변	용변기에 앉은 후 대소변 과정	① ② ③ ④	표현력	자기 생각을 표현하는 능력	① ② ③ ④		
보행상태 (해당시 기재)	☐ 독립 보행(불편) ☐ 지팡이 보행 ☐ 목발 보행 ☐ 보행기 보행 ☐ 완전 침상 의존 ☐ 목발, 보행기 등 보조기 사용한 자력 보행 불가 (체크시 아래 사유기재) 사유: _____						
	휠체어 사용 : ☐ 무 ☐ 유 (☐ 자가 ☐ 보조인) (☐ 수동 ☐ 전동) 사유: _____						
마비상태 (해당시 기재)	☐ 사지마비 ☐ 부전 마비 ☐ 없음	※ 부전마비인 경우(마비 부위별 Grade 0~5로 표기)				마비 관련 소견	
		부위	건관절	주관절	완관절		수부
		좌측					
		우측					
신경/정신 장애 등 기타 의학 소견 (해당시 기재)							
종합 소견:							
상기 내용과 같이 진단합니다. 년 월 일							
의료기관명 : _____ 소재지 : _____	(서명 또는 인)		■ 신재관리의사 여부: [] 신재관리의사 [] 해당없음 의사면허번호: _____ 호 전 문 과 목: 의 사 성 명: _____ (서명 또는 인)				

