

산업재해보상보험

[ ] 장해보상연금 수급권 소멸신고 및 차액일시금 청구서

[ ] 진폐보상연금 수급권 소멸신고서

※ 공통란은 모두 기재하시고, 해당 신청란에 [✓] 하고 기재하시기 바랍니다.

|      |  |     |  |      |    |
|------|--|-----|--|------|----|
| 접수번호 |  | 접수일 |  | 처리기간 | 7일 |
|------|--|-----|--|------|----|

|                      |       |      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |   |
|----------------------|-------|------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|
| 산 재<br>근로자           | 성 명   | 생년월일 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 년 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 월 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 일 |
|                      | 재해발생일 |      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |   |
| <input type="text"/> |       |      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |   |

|                                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 수령계좌                                 | 수령계좌를 변경 하시겠습니까? [ ] 예 [ ] 아니오 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 은행(증권사)명:                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 계좌번호: (예금주 : )                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| [ ] 보통계좌 [ ] 보험급여 전용계좌(희망지킴이-압류금지계좌) |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|               |     |       |     |       |          |
|---------------|-----|-------|-----|-------|----------|
| 청구인<br>(수급권자) | 성 명 | 생년월일  | 주 소 | 사유발생일 | 근로자와의 관계 |
|               |     | 년 월 일 |     |       |          |

|                                                  |                                                                 |                                        |  |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 수급권소멸<br>사유<br>(해당 사항에<br>√ 표시를<br>바랍니다)         | [ ] 수급권자 사망                                                     |                                        |  |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |  |
|                                                  | [ ] 대한민국 국민이었던 수급권자가 국적을 상실하고 외국에서 거주하고 있거나 외국에서 거주하기위해 출국하는 경우 |                                        |  |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |  |
|                                                  | [ ] 대한민국 국민이 아닌 장해보상연금의 수급권자가 외국에 거주하기 위해 출국하는 경우               |                                        |  |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |  |
|                                                  | [ ] 장해등급 또는 진폐장해등급이 변경되어 장해보상연금 또는 진폐보상연금의 지급 대상에서 제외되는 경우      |                                        |  |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |  |
|                                                  |                                                                 | 청구인 제출 서류                              |  |  |  |  |  | 담당직원 확인 사항                                    |  |  |  |  |  |
|                                                  |                                                                 | 사망진단서 등 연금수급자격 상실사유 발생을 증명할 수 있는 서류 1부 |  |  |  |  |  | 주민등록표 등본<br>※ 행정정보 공동이용에 동의하지 아니하는 경우 해당 서류제출 |  |  |  |  |  |
| <유의사항>                                           |                                                                 |                                        |  |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |  |
| 진폐보상연금의 경우 수급권자 수급권이 소멸하는 경우에도 차액일시금이 발생하지 않습니다. |                                                                 |                                        |  |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |  |

<행정정보 공동이용 동의서>

청구인은 본 민원의 처리와 관련하여 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동 이용을 통하여 담당직원이 위의 담당직원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. [ ] 예 [ ] 아니오

산업재해보상보험법 제58조에 따라 장해보상연금 또는 진폐보상연금 수급권이 소멸되어 상기와 같이 신고하오니 이에 따른 장해보상연금 차액일시금이 있으면 지급하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

청 구 인 (서명 또는 인) ☎

대 리 인 (서명 또는 인) ☎

근로복지공단

지역본부(지사)장 귀하

210mm×297mm(신문용지 54g/m<sup>2</sup>)