

산업재해보상보험  
장례비선지급 청구서

|                                                                                                                                        |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                                                |                       |      |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------|-----------------------|------|------|
| 접수번호                                                                                                                                   |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 접수일                         |                                                |                       | 처리기간 | 7일   |
| 사업장                                                                                                                                    | 사업장 관리번호(이용가시번호, 플랫폼 화물차주 관리번호)<br>□□□□-□□-□□□□□□□□-□□<br>사업개시번호( )                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             | 사업장명                                           |                       | 소재지  |      |
|                                                                                                                                        |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                                                |                       |      |      |
| 재해자                                                                                                                                    | 성명                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 주민등록번호 □□□□□□□□-□□□□□□□□□□  |                                                |                       |      |      |
|                                                                                                                                        | 주소                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                                                | 전화                    |      | 직종   |
|                                                                                                                                        | 재해발생일 □□□□□□년 □□□□월 □□□□일                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                                                | 채용년월일                 |      |      |
| 재해경위                                                                                                                                   | (재해발생원인 및 상황)                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                                                |                       |      |      |
| 청구인                                                                                                                                    | 성명                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                                                | 사망자와의 관계              |      |      |
|                                                                                                                                        | 유의 사항                                                                                                                        | 1. 장례비 선지급 제도는 근로자가 업무상 사고 또는 출퇴근 재해에 해당하는 사고로 사망하였다고 추정되는 경우 장례를 지내기 전이라도 장례비 최저금액을 미리 지급하는 것으로, 선지급 후 업무상의 재해가 아닌 것으로 확인되는 경우 선지급 금액은 산업재해보상보험법 제84조에 따라 부당이득으로 환수됩니다.<br>2. 장례비를 선지급한 경우 산업재해보상보험법 제71조제1항제2항에 따른 장례비는 선지급한 금액을 공제한 나머지 금액을 실제 장례를 지낸 유족에게 지급합니다.<br>※ 위 내용을 확인하고 이해하였음 |                             |                                                |                       |      | 성명 : |
| 수령 계좌                                                                                                                                  | 은행(증권사)명:                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 계좌번호:                       |                                                | (예금주 : )              |      |      |
|                                                                                                                                        | [ ] 보통계좌                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | [ ] 보험급여 전용계좌(희망지킴이-압류금지계좌) |                                                |                       |      |      |
| 청구인 제출 서류                                                                                                                              |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             | 담당직원 확인 사항                                     |                       |      |      |
| 근로자의 사망진단서 또는 시체검안서 1부                                                                                                                 |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             | 주민등록표 등본<br>※ 행정정보 공동이용에 동의하지 아니하는 경우 해당 서류 제출 |                       |      |      |
| <b>&lt;행정정보 공동이용 동의서&gt;</b><br>청구인은 본 민원의 처리와 관련하여 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동 이용을 통하여 담당직원이 위의 담당직원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. [ ] 예 [ ] 아니오 |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                                                |                       |      |      |
| 확인 사항                                                                                                                                  | ① 이 재해와 동일한 사유로 민법, 그 밖의 법령에 따른 배상 또는 보상을 받은 사실이 있습니까? ( ) 예 ( ) 아니오<br>② 배상 또는 보상금을 수령한 경우 그 내역(①에서 “예” 라고 체크한 경우에만 작성합니다.) |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                                                |                       |      |      |
|                                                                                                                                        | 수령일자                                                                                                                         | 수령금액                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 지급한 자                       |                                                | 첨부서류                  |      |      |
|                                                                                                                                        |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                                                | 합의서, 판결문, 영수증, 기타서류 등 |      |      |
| 본인은 장례비 선지급 청구 기재내용이 사실임을 확인하고 산업재해보상보험법 시행령 제21조제1항에 따라 위와 같이 청구합니다.                                                                  |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                                                |                       |      |      |
|                                                                                                                                        |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             | 년 월 일                                          |                       |      |      |
| 청 구 인                                                                                                                                  |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             | (서명 또는 인) ☎                                    |                       |      |      |
| 대 리 인                                                                                                                                  |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             | (서명 또는 인) ☎                                    |                       |      |      |
| 근로복지공단                                                                                                                                 |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             | 지역본부(지사)장 귀하                                   |                       |      |      |