

산업재해보상보험

[] 유족 급여
[] 진폐유족연금 연금 수급권자 변경신고 및 연금액 조정신청서

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

접수번호		접수일		처리기간	10일
------	--	-----	--	------	-----

산 재 근로자	성 명	생년월일					년			월			일
	재해발생일						년			월			일

수 급 권 자 변 경 신 고	새로운 유족보상연금 수급권자		성 명	생년월일	근로자와의관계	유족보상연금 수급권 발생사유
				년 월 일	※수급권상실자와의 관계()	
	주 소		휴대전화			
	수급권자 상실자	성 명	생년월일		수급권상실 사유발생일	상실사유
			년 월 일		년 월 일	

연 금 액 조 정 신 청	신청사유		[] 태아였던 자녀의 출생 [] 수급자격의 상실 [] 지급정지의 해제 [] 수급자격자의 행방불명			
	변동된 수급 자격자	성 명	생년월일	근로자와의 관계	변동사유	발생사유일
			년 월 일			년 월 일
						[] 추가 [] 제외

구 비 서 류	신고인 제출서류			담당직원 확인 사항		
	사망진단서 등 연금수급자격 상실사유 발생을 증명 할 수 있는 서류 1부			주민등록표 등본 ※ 행정정보 공동이용에 동의하지 아니하는 경우 해당 서류제출		

<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 제63조 및 제64조, 제91조의4 제4항에 따라 위와 같은 신고(신청)합니다.

년 월 일

신 청 인

(서명 또는 인) ㉞

대 리 인

(서명 또는 인) ㉞

근로복지공단

지역본부(지사)장 귀하

210mm×297mm(신문용지 54g/m²)