

(앞면)

접수번호	접수일	처리기간	10일
산 재 근로자	성 명	생년월일 □ □ □ □ 년 □ □ 월 □ □ 일	
	재해발생일	□ □ □ □ 년 □ □ 월 □ □ 일	
청구인	성 명	생년월일	
		□ □ □ □ 년 □ □ 월 □ □ 일	
특별급여 구분	☐ 장애 ☐ 진폐보상연금 ☐ 유족 ☐ 진폐유족연금		
수령계좌	수령계좌를 변경 하시겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니오		
	은행(증권사)명: _____ 계좌번호: _____ (예금주 : _____) ☐ 보통계좌 ☐ 보험급여 전용계좌(희망지킴이-압류금지계좌)		

성 명	생년월일	주 소	사망근로자와 의 관계
	년 월 일		
	년 월 일		
	년 월 일		
	년 월 일		

이
하
지

근로복지공단 지역본부(지사)장 귀하

☐장해 ☐유족 특별급여 산업재해보상보험 납부서약서																								
본인은 ☐장해 ☐유족 특별급여 지급에 따른 사업주와 근로자간의 권리인낙 및 포기서상의 (을)에게 산업재해보상보험법의 규정에 의한 ☐장해 ☐유족 특별급여를 지급하여 주시면 ☐장해 ☐유족 특별급여액을 다음과 같이 납부할 것을 서약합니다. ☐장해 ☐유족 특별급여분할납부액 <table><tr><td>구분 \ 기별</td><td>계</td><td>제1기</td><td>제2기</td><td>제3기</td><td>제4기</td></tr><tr><td>납 부 금 액</td><td>원</td><td>원</td><td>원</td><td>원</td><td>원</td></tr><tr><td>납 기 일</td><td>년 월 일</td><td>년 월 일</td><td>년 월 일</td><td>년 월 일</td><td>년 월 일</td></tr></table> 년 월 일 사업장명 소재지 서약자 성명 주소 생년월일 (서명 또는 인) 년 월 일 근로복지공단 지역본부(지사)장 귀하							구분 \ 기별	계	제1기	제2기	제3기	제4기	납 부 금 액	원	원	원	원	원	납 기 일	년 월 일	년 월 일	년 월 일	년 월 일	년 월 일
구분 \ 기별	계	제1기	제2기	제3기	제4기																			
납 부 금 액	원	원	원	원	원																			
납 기 일	년 월 일	년 월 일	년 월 일	년 월 일	년 월 일																			