

**산업재해보상보험
미지급보험급여청구서**

접수번호		접수일		처리기간	10일
산 재 근로자	성명	생년월일 년 월 일			
	재해발생일	년 월 일			

사망한 수급권자	성명	생년월일	년 월 일	사망일	년 월 일
	근로자와의 관계		사망원인		

청구인	성명	생년월일	주소	관계
		년 월 일	(휴대전화:)	
		년 월 일	(휴대전화:)	
		년 월 일	(휴대전화:)	
수령계좌	은행(증권사)명: _____ 계좌번호: _____ (예금주 : _____) [] 보통계좌 [] 보험급여 전용계좌(희망지킴이-압류금지계좌)			
미지급 보험급여 종류	요양급여(), 휴업급여(), 장해급여(), 간병급여(), 유족급여(), 장례비(), 상병보상연금(), 직업재활급여(), 진폐보상연금(), 진폐유족연금()			
확인 사항	① 이 재해와 동일한 사유로 민법, 그 밖의 법령에 따른 배상 또는 보상을 받은 사실이 있습니까? 예(), 아니오()			
	② 배상 또는 보상금을 수령한 경우 그 내역(①에서 “예”라고 체크한 경우에만 작성합니다.			
	수령일자	수령금액	지급한 자	첨부서류
			합의서, 판결문, 영수증, 기타서류 등	

청구인 제출서류	담당직원 확인사항
1. 사망한 수급권자의 사망진단서 또는 시체검안서 1부 2. 혼인관계 사실을 증명할 수 있는 자료 1부(해당자) 3. 신체 장애상태를 확인할 수 있는 의료기관 진단서 1부(해당자)	주민등록표 등본 ※ 행정정보 공동이용에 동의하지 아니하는 경우 필요시 해당 서류의 제출을 요구할 수 있습니다

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

청 구 인 : (서명 또는 인) ☎
대 리 인 : (서명 또는 인) ☎

(210mm×297mm, 신문용지 54g/m²)