

보험가입자 의견서				
재해자 성명		주민등록번호		재해발생일
보험가입자 의견서 (※ 별지 사용 가능)	1. 신청인과 관련하여 아래사항을 구체적으로 기재해 주세요.			
	채용일자:	년 월 일	국 적:	직 종:
	출근시간:		퇴근시간:	작업개시시간:
	종사상 지위: [] 상용 [] 임시 [] 일용			고용형태: [] 정규직 [] 비정규직
	보험가입자 (사업주)와의 관계	사업주여부	[] 해당없음 [] 실제사업주(동업자포함) [] 하수급사업주	
		친인척여부	[] 해당 없음 [] 배우자 [] 부모 [] 자녀 [] 형제자매 [] 기타 친인척()	
	근로자 유형		[] 근로자 [] 노무제공자 [] 중소기업사업주 [] 중소기업사업주 가족종사자 [] 학생연구자 [] 건강손상자녀 [] 특수형태근로종사자('23.6.30. 이전 재해) [] 현장실습생	
	담당업무		임금(보수) (월급, 일급, 시간급 등)	
	재해발생 이후 근무이력			
	2. 재해사실 또는 발병사실에 대한 의견(별지 사용 가능)			
○ 귀 사는 신청인의 재해사실을 인정합니까? ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 기타() ※ 재해경위 등 주요 사항을 사실과 달리 기재하여 보험급여를 지급받게 도와준 경우에는 산재보험법 제127조에 따라 형사처벌을 받을 수 있으므로 사실대로 기재하여야 합니다. ○ 신청인의 재해사실을 인정하지 않는 경우 그 사유를 구체적으로 기재해 주시기 바랍니다.				
3. 업무상질병판정위원회 심의대상에 대한 진행사항 등 안내				
(※ 업무상질병판정위원회 심의대상인 경우 심의절차, 진행사항, 심의회의 일자 등 안내를 위하여 사업주 또는 사업장 담당자 휴대폰 번호 확인이 반드시 필요합니다. 만일, 휴대폰 번호가 확인되지 않거나, 정보사용에 동의하지 않는 경우 심의절차 등 안내가 제한될 수 있습니다. 다만, 보험가입자가 신청인의 재해경위와 발병사실을 인정하는 경우 심의일정 등 안내문자가 발송되지 않으므로 휴대폰 번호를 작성하지 않으셔도 됩니다.)				
개인정보 이용목적	이용항목/이용기간	사업주(또는 사업장 담당자)	통지 받을 휴대폰 번호	
업무상질병판정위원회 심의절차 등 통지	성명, 휴대폰번호/ 업무상 질병 여부 결정일부터 10년			
위에 기재한 사실이 틀림없음을 확인합니다.				
년 월 일 사업의명칭 : 소재지 : 사업주 : (서명 또는 인) 전화번호 : 휴대폰 : E-mail :				
근로복지공단		지역본부(지사)장 귀하		