

상병급여 청구서

* 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간: 5일
------	-----	----------

수급 자격자	성명	주민등록번호							-						
	주소	(전화번호: _____ 휴대전화: _____)													

대리인	성명	주민등록번호							-						
	주소	(전화번호: _____ 휴대전화: _____)													
	수급자격자와의 관계	대리사유													

상병 상태	상병명	초진일												
	진료예상기간	. . . ~ . . .												

상병으로 미취업한 기간 . . . ~ . . .

상병급여 청구기간 . . . ~ . . .

다른 법률에 따라 보상받은 내용 (해양사고, 해양안전) 자신의 근로에 따른 소득	보상명	근로기준법, 산업재해보상보험법, 국가배상법, 의사상자 관한 법률 등에 의해 다른 법률에 따라 보상받은 경우인지										
	보상기간	. . . ~ . . .										
	소득일											
	소득액											

계좌번호	은행	(예금주: _____)
------	----	--------------

「고용보험법 시행령」 제82조제1항 및 제93조의2, 같은 법 시행규칙 제107조제1항 및 제115조의 4에 따라 위와 같이 청구합니다.

년 월 일

청구인

(서명 또는 인)

진주지방고용노동청(지청)장 귀하

* 아래 란은 적지 않습니다.

처리	지급	산출명세
	결정사항	지급액
	미지급 사유	

결재	담당	팀장	과장	청장·지청장	결재 연월일
					. . .

첨부서류	1. 수급자격증 2. 진단서, 상해진단서 등 질병·부상에 관한 증명서류	수수료 없음
------	--	--------