

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	보상명	보상기간	~
	자신의 근로에 따른 소득	소득일	소득액
계좌번호	은행	(예금주:)	

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

청구인

년 월 일
(서명 또는 인)

여수고용노동지청장 귀하

※ 아래 란은 적지 않습니다.

처리	지급	산출명세			
	결정사항	지급액			
	미지급 사유				
결재	담당	팀장	소장	지청장	결재 연월일

첨부서류 1. 수급자격증
2. 진단서, 상해진단서 등 질병·부상에 관한 증명서 1부

수수료
없음

공지사항

본 민원의 처리결과에 대한 만족도 조사 및 관련 제도 개선에 필요한 의견조사를 위해 귀하의 전화번호(휴대전화)로 전화조사를 실시할 수 있습니다.

처리절차

