

## ①-2 (사망, 장애인)일시보상금(및 장제비) 신청서

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 [별지 제34호서식] <개정 2022. 2. 9.>

### [ ]사망 [ ]장애인 일시보상금(및 장제비) 신청서

접수번호	접수일	처리기간	120일
신청인	성명	주민등록번호	
	전화번호	사망자 또는 장애인과의 관계	
	주소		
사망자 또는 장애인 인적사항	성명	주민등록번호	
	주소		
예방접종의 내용	예방접종의 종류	접종 일시	
	접종 장소		

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제71조, 같은 법 시행령 제31조제1항 및 같은 법 시행규칙 제 47조제2항에 따라 일시보상금(및 장제비)을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 귀하

신청인 제출서류	<p>1. 사망 일시보상금 및 장제비의 경우: 사망진단서, 부검소견서(시신 화장 등으로 인하여 부검을 실시할 수 없거나, 질병관리청장이 역학 조사 등을 실시하여 예방접종으로 인한 사망임을 인정 한 경우로서 특별자치도지사, 시장·군수·구청장 또는 신청인이 이에 관한 통지를 받은 경우에는 첨부하지 않습니다) 및 보상금 신청인이 유족임을 증명하는 서류(주민등록표 등본으로 유족임을 증명할 수 없는 경우에만 첨부합니다)</p> <p>2. 장애인 일시보상금의 경우: 의료기관이 발행한 진단서 및 보상금 신청인과 본인의 관계를 증명하는 서류(주민등록표 등본으로 신청인과 본인의 관계를 증명할 수 없는 경우에만 첨부합니다)</p>	수수료 없음
특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 확인사항	주민등록표 등본	

#### 행정정보 공동이용 동의서

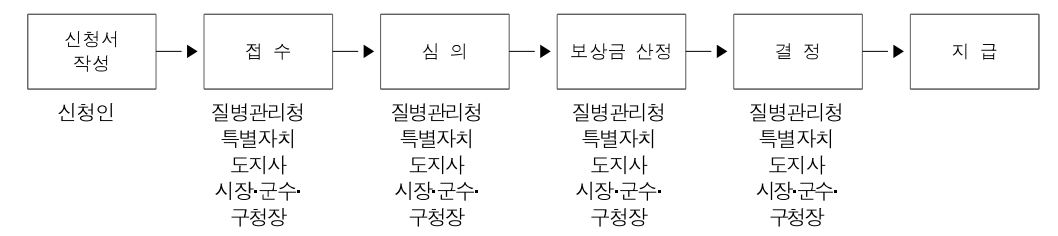
본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

\* 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장의 확인에 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 해당 서류를 제출해야 합니다.

신청인

(서명 또는 인)

#### 처리절차



210mm×297mm[일반용지 60g/㎡(재활용품)]

## ①-3 이의신청서

이 의 신 청 서				
피접종자	①성 명		②주민등록번호	-
	③주 소	(전화번호)		
④예방접종피해보상 심의결과요지				
⑤결과통지를 받은 날		년 월 일		
⑥이의신청의 이유				
<p>예방접종 후 이상반응 관리지침의 규정에 따라 예방접종피해보상 전문위원회의 심의결과에 대하여 위와 같이 이의신청합니다.</p> <p>년 월 일</p> <p>신청인 : (서명 또는 인)</p> <p>피접종자와의 관계 :</p> <p>주 소 :</p> <p>전화번호 :</p> <p><b>질 병 관 리 청 장 귀하</b></p>				
구비서류 : 주장하는 사실을 증명할 수 있는 서류(있을 경우)				
비 고	<p>1. 기재란이 부족한 경우에는 별지를 사용하실 수 있습니다.</p> <p>2. 예방접종피해보상 전문위원회의 심의결과에 대하여 이의가 있을 경우 1회에 국한하여 이의를 제기하실 수 있고, 이의신청서에는 구체적인 이의내용을 기록(기재란 부족 시 별지사용)하고 증거자료 등을 첨부하실 수 있습니다.</p>			

## ② 진료확인서

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 [별지 제33호서식]

진 료 확 인 서				
진료자	성명	생년월일	성별	
	주소			
질병명 또는 주요 소견				
진료 일수	외래 일			
	입원 일			
의료비	총액	보험자 부담액	의료보험 본인부담액	의료보험 비급여액
<p>위와 같이 진료하였음을 확인함.</p> <p style="text-align: right; margin-top: 50px;">년      월      일</p> <p style="text-align: center; margin-top: 50px;">의료기관의 명칭 소재지 개설자의 성명</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">(서명 또는 인)</p>				

210mm×297mm(일반용지60g/㎡)

## ③ 보상대상자와 신청인과의 관계를 증명하는 서류

\* 본인제출시 신분증, 가족관계증명서, 주민등록 등·초본 등

주 민 등 록 표  
(등본)이 등본은 세대별 주민등록표의 원본  
내용과 틀림없음을 증명합니다.

담당자: 홍00 전화: 043-000-0000

신청인: 홍길동

이 용지는 위조식별 표시가 되어있음

년 월 일

세대주 성명(한자)	홍길동(洪吉童)	세대구성 사유 및 일자	복귀세대구성 2022-00-00
주 소			발생일 / 신고일 변 동 사 유
현주소 충청북도 ○○시 ○○로 200			2022-00-00
번호	세대주 관 계	성 명(한자) 주민등록번호	발생일 / 신고일 등록상태 변 동 사 유
1	본인	홍길동 (洪吉童) 000000-*****	
2	자녀	홍길순 (洪吉巡) 000000-*****	
== 이 하 여 백 ==			

충청북도 ○○시장

③-1 소액 피해보상에 대한 동의서

**국가예방접종 후 이상반응 소액 피해보상에 대한 동의서**

국가예방접종 후 이상반응으로 인한 본인부담금 30만원 미만 보상신청 건에 대해 예방접종피해보상 전문위원회의 심의결과 보상금 지급이 결정된다 하더라도, 해당 결정은 당해 보상신청 건에 한하여 적용되는 것이고, 향후 추가되는 신청 건에서는 이전의 심의결과가 동일하게 적용되지 않음

위 내용을 이해하고 동의하였음

보상금신청대상자:(이름) (인)

(주민번호: - )

2022년 월 일

질 병 관 리 청 장 귀 하

## ④-1 진단서

■ 의료법 시행규칙 [별지 제5호의2서식] &lt;개정 2019. 9. 27.&gt;

진 단 서

등록번호			
연 번 호			
환자의 성명			환자의 주민등록번호
환자의 주소	(전화번호: )		
병명 [ ] 임상적 추정 [ ] 최종진단	(주 질병·부상)  (부 질병·부상)	질병분류기호	
발병 연월일	년 월 일	진단 연월일	년 월 일
치료 내용 및 향후 치료에 대한 소견			
입원·퇴원 연월일	입원일: 년 월 일부터	퇴원일: 년 월 일	
용 도			
비 고			

「의료법」 제17조 및 같은 법 시행규칙 제9조제1항에 따라 위와 같이 진단합니다.

년 월 일

의료기관 명칭:

주소:

[ ]의사 [ ]치과의사 [ ]한의사 면허번호 제 호

성명: (서명 또는 인)

**작성 방법**

- 환자의 인적사항은 진찰한 의사, 치과의사 또는 한의사가 주민등록증, 기간 만료 전 여권, 운전면허증, 공무원증, 국립·공립대학 학생증, 군무원증, 건강보험증, 외국인등록증 등 국가공인 신분증(환자가 미성년자인 경우에는 주민등록등본·초본, 학생증 등으로 대체 가능합니다)과 대조하여 확인하고 서명 또는 날인합니다.
- "병명"란에는 "임상적 추정"과 "최종진단" 중 택일하여 [ ]에 √ 표시를 하고, 질병명은 한글로 적되 영어로 적을 경우에는 한글을 함께 적으며, 질병분류기호도 함께 적습니다.

210mm×297mm[백상지 80g/m<sup>2</sup>]

④-2 의무기록사본

## 의 무 기 록 사 본 증 명 서

발 행 번 호 : 2022-0001

환 자 명 : 홍길동

주민등록번호 : 000000-\*\*\*\*\*

진찰권번호 : 18\*\*\*\*\*

첨부한 사본은 의무기록 원본과 틀림이 없음을 증명합니다.

용 도 : 보건소 제출용

매 수 : 표지포함 000 매

취 급 자 : 의무기록실 홍길순 (인)

본 의무기록사본은 상기용도 이외에는 사용할 수 없습니다.

취급자 날인이 없는 것은 무효입니다.

년 월 일

의 료 기 관 주 소 지

의 료 기 관 명 (인)

원  
본  
대  
조  
필

