

고용보험진찰명령부(제 호)				
① 사업장관리번호				
② 사업장명				
진찰을 받을 자	③ 성명	④ 주민 등록번호		
	⑤ 주소			
⑥ 상병명				
⑦ 진찰을 요 하는 사항				
⑧ 진찰이유				
진찰을 행 할 의료기관	⑨ 명칭			
	⑩ 소재지			
⑪ 진찰일자				
「고용보험법」 제111조에 따라 위와 같이 진찰을 받을 것을 명하고자 합니다. 년 월 일 ○○지방고용노동청(지청)장 직인				

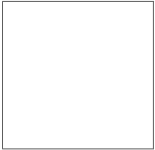
고용보험진찰의뢰서				
① 사업장관리번호				
② 사업장명				
진찰을 받을 자	③ 성명	④ 주민 등록번호		
	⑤ 주소			
⑥ 상병명				
⑦ 진찰을 요 하는 사항				
⑧ 진찰일자				
「고용보험법」 제111조에 따라 위와 같이 진찰을 의뢰하오니 진찰결과를 회보하여 주시 기 바랍니다. 년 월 일 ○○지방고용노동청(지청)장 직인				

(앞쪽)

고용보험진찰명령서(제 호)				
① 사업장관리번호				
② 사업장명				
진찰을 받을 자	③ 성명	④ 주민 등록번호		
	⑤ 주소			
⑥ 상병명				
⑦ 진찰을 요 하는 사항				
⑧ 진찰이유				
진찰을 할 의료기관	⑨ 명칭			
	⑩ 소재지			
⑪ 진찰일자				
1. 귀하는 위에 적은 이유로 「고용보험법」 제111조에 따라 진찰을 받을 것을 요청하오 니 지정 일자에 주민등록증 및 인장을 지참 하시고 지정된 의료기관에서 진찰을 받으시 기 바랍니다. 2. 만일 정당한 이유 없이 진찰을 받지 아니할 때에는 법에 따라 보험급여의 지급이 제한되 거나 일시 중지됩니다. 년 월 일 ○○지방고용노동청(지청)장 직인				

(뒤쪽)

우편엽서



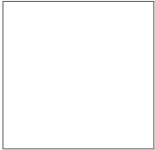
보내는 사람

□□□-□□□

받는 사람

□□□-□□□

우편엽서



보내는 사람

□□□-□□□

받는 사람

□□□-□□□