

이직자 건강진단 신청서

※ 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.

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

신청인 (근로자)	성명	주민등록번호
	주소	전화번호
	건강관리수첩 소지여부 []유 []무	최종 진폐건강진단 일자
	이직일자	분진작업 종사기간 ~

사업장	명칭	대표자명
	소재지	전화번호

건강진단 대상여부	[] 대상	[] 비대상(사유:
--------------	-----------	----------------

본 재해와 동일한 사유로 「민법」, 그 밖의 법령에 따라 수령한 보상 또는 배상내역(법 제26조)	수령일자	수령금액	보상 또는 배상내역(수령근거)

위에 기재한 사실이 틀림없음을 확인합니다. 년 월 일 사업장명 ☎ 소재지 사업주 (서명 또는 인)	「진폐의 예방과 진폐근로자의 보호 등에 관한 법률」 제13조제1항 본문 및 같은 법 시행규칙 제15조제2항에 따라 이직자 건강진단을 신청합니다. 년 월 일 신청인 : (서명 또는 인) 휴대전화번호 :
---	---

근로복지공단 이사장 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음
------	----	-----------

처리절차

신청서 작성 → 접수 → 확인·검토 → 결재 → 결과 통보

신청인 근로복지공단 근로복지공단 근로복지공단