

건강진단 비용 청구서

※ 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간: 7일
------	-----	----------

건강진단 기관	의료기관명	기관코드
	대표자	전화번호
	소재지	

청구 내용	청구금액	건수
	입금계좌 은행명 : 계좌번호 : 예금주 :	

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

위 기재사실이 틀림없음을 확인하며, 「진폐의 예방과 진폐근로자의 보호 등에 관한 법률 시행규칙」 제27조에 따라 위와 같이 청구합니다.

년 월 일

건강진단기관명

(서명 또는 인)

근로복지공단 이사장 귀하

첨부서류	건강진단 실시 명세서 (별지 제18호서식) 1부.	수수료 없음
------	-----------------------------	-----------

처리절차	
------	--

청구서 작성	→	접수	→	확인검토	→	결재	→	지급통보
--------	---	----	---	------	---	----	---	------

청구인

근로복지공단

근로복지공단

근로복지공단