

의료분쟁 조정신청서(환자용)

※ []에는 해당하는 곳에 √ 표를 하며, ()에는 해당 내용을 선택하거나 적습니다. (앞쪽)

사건번호	접수일	조정일	처리기간	90일(120일)
------	-----	-----	------	-----------

신청인	① 당사자 (환자)	성명		생년월일		성별	
		주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기				
		연락처	(휴대폰)	(직장)	(자택)		
		전자우편		팩스번호		문자메시지 수신	[]원함 []원치 않음
	② 당사자 (상속인)	성명		생년월일		성별	
		환자와의 관계	망 ○○○(생년월일 □□□□□□ / 성별 ____)의 [] 배우자, [] 직계비속, [] 직계존속, [] 형제자매 [] 기타()				
		주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기				
		연락처	(휴대폰)	(직장)	(자택)		
	전자우편		팩스번호		문자메시지 수신	[]원함 []원치 않음	

신청인의 대리인	성명		생년월일		성별	
	신청인과의 관계	[] 법정대리인, [] 배우자, [] 직계존속, [] 직계비속, [] 형제자매 [] 변호사 [] 그 밖에 당사자로부터 대리권을 받은 사람()				
	주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기				
	연락처	(휴대폰)	(직장)	(자택)		
	전자우편		팩스번호		문자메시지 수신	[]원함 []원치 않음

④ 피신청인 (보건의료기관개설자, 보건의료인)	성명/법인명 (기관명)		연락처		업무담당자 성명		
	주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기				팩스번호	
	보건 의료인 성명		연락처				
			전자우편				
	보건 의료인 진료 과목 및 분야	[] 내과(소화기, 심장, 기타), [] 외과(일반, 성형, 정형, 신경, 심장혈관흉부) [] 산부인과/소아청소년과, [] 안과/이비인후과, [] 피부과/비뇨의학과 [] 치과, [] 한방 병원·의원, [] 약국 [] 기타()					

⑤ 조정신청 내용	의료분쟁 내용	※ 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용은 별지에 적습니다.			
	조정신청액		수수료	※ 신청금액에 따라 소정의 수수료가 부과된 니다.	
	환자 상태	[] 사망, [] 1개월 이상의 의식불명, [] 장애의 정도가 중증에 해당하는 경우, [] 그 밖의 경우()			

⑥ 의료분쟁 해결 시도 내용	위 조정신청 관련 의료분쟁의 해결을 위해 조정신청 이전에 시도한 내역을 해당 항목에 체크(√)하시고, "그 밖의 경우"에 해당하는 경우에는 그 내용을 적어 주십시오(해당 사항이 없는 경우에는 적지 않습니다).
	[] 민사소송의 제기, [] 소비자분쟁조정위원회에 조정신청, [] 그 밖의 경우() ※ "그 밖의 경우"의 예: 의료기관(의료인)과 합의 시도, 관련 기관(단체)에 구제신청, 법원에의 조정신청 등

「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조제1항 및 같은 법 시행규칙 제7조에 따라 의료분쟁의 조정을 신청합니다.

※ [] 조정신청 사건 관련 감정완료 시 감정서 배부를 신청합니다(수령방법: [] 전자우편, [] 팩스).

년 월 일

⑦ 신청인(또는 대리인) (서명 또는 날인)

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

첨부서류	1. 환자와 상속인의 관계를 증명하는 서류(환자가 사망한 경우만 해당합니다)
	2. 위임장 및 신청인과 대리인의 관계를 증명하는 서류(대리인이 신청하는 경우만 해당합니다.)
	3. 의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 서류
	4. 의료분쟁의 조정신청 대상인 의료사고가 법 제27조제9항에 따른 의료사고에 해당하는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따른 서류 가. 사망: 사망진단서 또는 시체검안서 등 사망을 증명할 수 있는 서류와 해당 사망과 관련된 진료기록 사본 나. 1개월 이상의 의식불명: 진단서 또는 소견서 등 1개월 이상의 의식불명을 증명할 수 있는 서류와 해당 의식불명과 관련된 진료기록 사본 다. 장애의 정도가 중증에 해당하는 경우: 「장애인복지법 시행규칙」에 따른 장애인진단서, 장애인등록증 및 장애인 증명서의 사본과 해당 장애와 관련된 진료기록 사본 210mm×297mm[일반용지 70g/㎡(재활용품)]

신청서 작성요령

- ① **당사자(환자)** : 환자의 성명 등 인적사항, 연락처, 전자우편, 팩스번호를 기재하고, 문자메시지 수신 여부에 체크(√)합니다. 환자가 사망한 경우에는 그 상속인이 당사자가 되므로 기재할 필요가 없습니다.
- ② **당사자(상속인)** : 환자가 사망한 경우에만 기재하고(사망신고 여부와는 관계가 없음) 상속인인지 여부를 확인할 수 있도록 사망한 환자의 가족 관계증명서를 첨부합니다. 신청하는 상속인의 인적사항, 연락처, 전자우편, 팩스번호를 기재하고, 해당란에 체크(√)합니다.
- ③ **신청인의 대리인** : 당사자를 대리하여 조정신청을 하는 사람의 인적사항, 연락처, 전자우편, 팩스번호를 기재하고 해당란에 체크(√)합니다. 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조제2항에 규정한 사람 외에는 대리인이 될 수 없습니다. 신청인의 대리인으로 선임된 사람은 대리권을 증명할 수 있는 위임장을 첨부해야 합니다.
- ④ **피신청인(보건의료기관개설자, 보건의료인)** : 의료사고가 발생한 보건의료기관을 개설한 자가 개인인 경우에는 개인의 성명, 법인인 경우에는 법인의 명칭(개인의 성명이나 법인의 명칭을 모르는 경우에는 보건의료기관의 명칭)을 기재합니다. 보건의료기관개설자 또는 보건의료기관의 연락처, 업무담당자 성명, 주소, 팩스번호를 기재하고, 의료행위를 한 보건의료인의 성명, 연락처 및 전자우편을 기재한 후 진료 과목 해당란에 체크(√)합니다. 보건의료기관의 기관명은 통칭이나 약칭은 피하고 정식명칭을 기재합니다. 업무담당자, 팩스번호, 전자우편을 모를 경우에는 생략할 수 있습니다. 피신청인이 복수인 경우에는 별지를 사용하여 동일한 방식으로 기재합니다.
- ⑤ **조정신청내용** : 의료분쟁 내용은 간략하게 요약하여 기재하고, 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용은 별지에 기재합니다. 손해배상을 청구하는 치료비, 간병비, 휴업손해 등 일일이익, 위자료 등에 대한 세부사항은 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 별지에 기재하고 조정신청액은 그 청구내역의 총액을 기재합니다. 조정신청액이 500만원 이하인 경우 기본 수수료 2만2천원을 납부해야 하고 500만원 초과 시 1만원 당 20원(5천만원 초과시 10원)을 가산해서 납부해야 합니다. 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 국가유공자는 수수료를 면제하고, 「장애인복지법」에 따른 장애인은 수수료를 감액(장애의 정도가 심한 장애인은 50%, 장애의 정도가 심하지 아니한 장애인은 30%) 받을 수 있습니다.
- ⑥ **의료분쟁 해결 시도 내용** : 해당 항목에 반드시 체크(√)하고 “그 밖의 경우”에 해당하는 경우 그 내용을 () 안에 간략하게 기재합니다.
- ⑦ **신청인** : 당사자가 신청하는 경우 당사자 본인이, 당사자의 대리인이 신청하는 경우 대리인이 서명 또는 날인합니다.
- ※ 조정신청사건 관련 감정완료 시 감정서는 1회에 한하여 무료 배부될 수 있으므로, 배부를 신청하는 경우에는 수령 가능한 전자우편 또는 팩스번호 반드시 기재 요망

처 리 절 차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

