

■ 의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 시행규칙 [별지 제2호서식] <개정 2024. 11. 7.>

의료분쟁 조정신청서(보건의료기관개설자·보건의료인용)

※ []에는 해당하는 곳에 √ 표를 하고 ()에는 해당 내용을 선택하거나 적습니다.

(앞쪽)

사건번호		접수일		조정일		처리기간	90일(120일)
신청인	① 당사자 (보건 의료기관 개설자)	성명/법인명 (기관명)		사업자등록 번호		업무담당자 성명	
		주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기			의료분쟁 진료 과목 및 분야	
		연락처					
		전자우편		팩스번호		문자메시지 수신	[]원함, []원치 않음
	② 당사자 (보건 의료인)	성명		생년월일		성별	
		소속 보건 의료기관명				직위	
		주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기				
		연락처	(휴대폰)		(직장)	(자택)	
		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()				
		전자우편		팩스번호		문자메시지 수신	[]원함 []원치 않음

③ 신청인의 대리인	성명		생년월일		성별	
	관계	[] 임직원, [] 변호사, [] 그 밖에 당사자로부터 대리권을 받은 사람()				
	주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기				
	연락처	(휴대폰)			(직장)	
	전자우편		팩스번호		문자메시지 수신	[]원함, []원치 않음

피 신 청 인	④ 환자	성명		생년월일		성별		
		주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기					
		연락처	(휴대폰)		(직장)	(자택)		
		전자우편						
	⑤ 상속인	성명		생년월일		성별		
		환자와의 관계	망 ○○○(생년월일 □□□□□□, 성별 ____)의 [] 배우자, [] 직계비속, [] 직계존속, [] 기타()					
		주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기					
		연락처	(휴대폰)		(직장)	(자택)		
		전자우편						

⑥ 조정신청 내용	의료분쟁 내용	※ 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용은 별지에 적습니다.		
	조정신청액	수수료	※ 신청금액에 따라 소정의 수수료가 부과됩니다.	
	환자 상태	[] 사망, [] 1개월 이상의 의식불명, [] 장애의 정도가 중증에 해당하는 경우, [] 그 밖의 경우()		

⑦ 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: 의뢰기관(의료인)과 합의 시도, 관련 기관(단체)에 구제신청, 법원への 조정신청 등
-----------------------	--

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

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

⑧ 신청인 (또는 대리인)

년 월 일
(서명 또는 날인)

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

첨부서류	1. 법인 등기사항증명서(법인인 경우만 해당합니다.) 2. 보건의료기관 개설을 증명할 수 있는 증명서 사본(보건의료기관개설자의 경우만 해당합니다.) 3. 보건의료인임을 증명할 수 있는 면허증 또는 자격증 사본, 보건의료기관에 근무하고 있음을 증명하는 서류(보건의료인의 경우만 해당합니다.) 4. 위임장 및 신청인과 대리인의 관계를 증명하는 서류(대리인이 신청하는 경우만 해당합니다.) 5. 의료사고 경위 등 분쟁 내용을 적은 서류 6. 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 장애인단서, 장애인등록증 및 장애인 증명서의 사본과 해당 장애와 관련된 진료기록 사본
------	--

210mm×297mm[일반용지 70g/㎡(재활용품)]

신청서 작성요령

- ① **당사자(보건의료기관개설자)** : 보건의료행위가 이루어진 보건의료기관을 개설한 자가 개인인 경우는 보건의료기관 개설 시 등록한 성명을, 법인인 경우는 법인등기부 등본 상의 명칭을 정확하게 기재하고 보건의료기관개설자 또는 보건의료기관의 사업자등록번호, 업무담당자 성명, 주소, 의료분쟁 진료과목 및 분야, 연락처, 전자우편, 팩스번호를 기재 후 해당란에 체크(√)합니다.
- ② **당사자(보건의료인)** : 의료행위를 한 보건의료인의 인적사항, 소속 보건의료기관명(①와 동일한 경우에는 해당 명칭), 직위, 연락처, 전자우편, 팩스번호를 기재하고 진료과목 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 첨부하여야 합니다.
- ④ **피신청인(환자)** : 환자의 성명 등 인적사항, 연락처를 기재합니다. 환자가 사망한 경우에는 그 상속인이 피신청인이 되므로 기재할 필요가 없습니다.
- ⑤ **피신청인(상속인)** : 환자가 사망한 경우에만 기재합니다(사망신고 여부와는 관계가 없음). 사망한 환자의 배우자, 직계비속, 직계존속 중 유족을 대표할 수 있는 사람을 특정하여 인적사항을 기재하고 해당란에 체크(√)합니다. 생년월일을 모를 경우에는 생략할 수 있습니다.
- ⑥ **조정신청내용** : 의료분쟁 내용은 간략하게 요약하여 기재하고, 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용은 별지에 기재합니다. 피신청인에게 배상하고자 하는 치료비, 간병비, 휴업손해 등 일일이익, 위자료 등이 있다면 세부사항은 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 별지에 기재하고 조정신청액은 그 배상내역의 총액을 기재합니다. 배상할 손해가 없는 경우에는 '채무부존재' 라고 기재합니다. 조정신청액이 500만원 이하인 경우 기본 수수료 2만2천원을 납부해야 하고 500만원 초과 시 1만원 당 20원(5천만원 초과 시 10원)을 가산해서 납부해야 합니다.
- ⑦ **의료분쟁 해결 시도 내용** : 해당 항목에 반드시 체크(√)하고 "그 밖의 경우"에 해당하는 경우 그 내용을 () 안에 간략하게 기재합니다.
- ⑧ **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 질 차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

