

유급휴가 보상금 지급신청서

※ 색상이 어두운 란은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호		접수일자		처리기간 90일	
기증자	성명			생년월일	
	주소			(전화번호:)	
직 장	회사명			복귀일	
	재직기간				
입원기간	~ ()일				
기증한 장기	[]신장 []간장 []췌장 []폐 []췌도 []소장 []골수 []말초혈				
입원 사유	[]신체검사 []적출수술				
입금계좌	예금주		금융회사명		
	계좌번호				

「장기등 이식에 관한 법률」 제32조제2항 및 같은 법 시행규칙 제26조제2항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

국립장기이식관리기관장 귀하

첨부서류	1. 진료비 계산서 등 신체검사 또는 적출수술 사실을 확인할 수 있는 서류 1부 2. 재직증명서 등 근로자의 입원 후 복귀 사실을 확인할 수 있는 서류 1부 3. 보수명세서 등 근로자의 유급휴가 사실을 확인할 수 있는 서류 1부	수수료 없음
담당공무원 확인사항	사업자등록증	

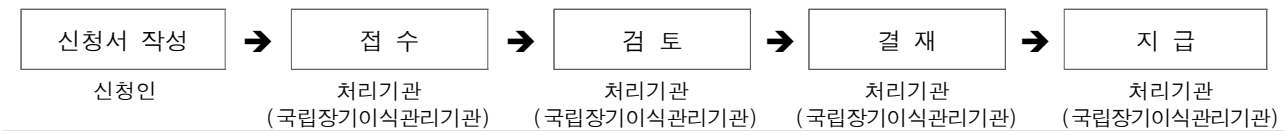
행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다.

* 담당공무원의 확인에 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 사업자등록증 사본을 제출해야 합니다.

신청인 (서명 또는 인)

처리절차



210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]