

요양보상청구서

- | | | |
|----------------|----------|---|
| 1. 소속 및 신분(주소) | | |
| 2. 성명 | (주민등록번호) | |
| 3. 상병명 | | |
| 4. 상병의 경과 | | |
| 5. 요양의 내용 | | |
| 6. 소요 요양비 내용 | 합계 | 원 |

위의 사실과 틀림이 없음을 증명함.

병원 또는 진료소 명 칭:

주소:

확 인 자 직 명:

성명: (인)

1. 부상 또는 발병년월일 년 월 일
2. 상병명

위의 사실과 틀림이 없음을 증명함.

년 월 일

○○선거관리위원회위원장 [인]

위와 같이 청구합니다.

년 월 일

청구인 주 소:

성명: (인)

○○선거관리위원회 귀중

- 주: 1. 진료기록·치료 관련 기록 내역(의무기록, 영상의학 자료 사본 등)을 첨부해야 합니다.
2. 중앙선거관리위원회 또는 시·도선거관리위원회는 청구서의 첨부 서류 등 보완이 필요한 경우에는 상당한 기간을 정하여 보정을 요구할 수 있으며, 해당 기간은 보상 결정 기간에 산입하지 않습니다.