[별지 제19호서식]

상이연금등급 개정 신청서

※ 아래의 작성방법을 읽고 작성하시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일시	처리기간 4개월

신청인	성명		생년월일
	자택 전화번호	휴대전화번호	휴대전화 문자 수신 여부 [ ] 예 [ ] 아니요
	주소		
	연금증서번호		기존에 결정된 상이연금등급
	개정 신청 상이연금등급		장해의 호전 또는 악화 이유 별지 기재

「군인 재해보상법 시행령」 제32조제1항에 따라 위와 같이 상이연금등급의 개정을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

국방부장관 귀하

첨부서류	「국민건강보험법」 제42조에 따른 요양기관의 장 또는 군병원의 장이 발행한 현재의 장해 정도가 명확히 적힌 진단서 1부	수수료 없음

작성방법

1. 신청인의 주소란에는 우편물을 받을 수 있는 주소(실제 거주하는 주소)를 적으십시오.
2. 신청인의 장해의 호전 또는 악화 이유는 별지로 작성하되, 상이연금 청구 시 제출한 진단서 상 장해와 비교하여 현재 장해가 호전되거나 악화된 사유를 육하원칙에 따라 적으십시오.

※ 신청인의 휴대전화번호는 원하지 않으면 적지 않을 수 있으나, 자택 전화번호가 없는 경우에는 반드시 적으십시오.

처리절차

신청서 제출	→	접수・확인	→	신체검사	→	심의・등급결정	→	연금 재산정	→	지급
신청인		국방부장관		군병원의 장		군인재해보상심의회		국군재정관리단장		

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡ 또는 중질지 80g/㎡]