

소음작업 종사 사실 확인서

(소음성 난청 장애급여 청구에 한함)

※ 해당란에 [✓] 하고 기재하시기 바랍니다.

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------------|-------------|--|-------------|-----|--|--------|--|--|
| 산 재 근 로 자 | 성 명 | | | | | | | | |
| | 주민등록번호(외국인등록번호) | | □□□□□□ - □□□□□□□□ | | | | | | |
| | 주 소 | | | | | | | | |
| | 진단일 당시 재직(퇴직) 여부 | | | [] 재직 중 | | | [] 퇴직 | | |
| | 채용일자 | □□□□년□□월□□일 | 퇴직일자 | □□□□년□□월□□일 | | | | | |
| | 출근시간 | | 퇴근시간 | | 직 종 | | | | |
| | 보험가입자 (사업주)와의 관계 | 사업주여부 | [] 해당없음 | | | | | | |
| | | | [] 실제사업주(동업자포함) [] 하수급사업주 | | | | | | |
| | | 친인척여부 | [] 해당 없음 | | | | | | |
| | | | [] 배우자 [] 부모 [] 자녀 [] 형제자매 [] 기타 친인척() | | | | | | |

| 사업장명 | 사업주명 | 연락처(☎) | | |
|---|--------------|--------|-----------------------------|----|
| 사업장관리번호 □□□□-□□-□□□□□□-□ (사업개시번호:) | | | | |
| 사업장주소 | | | | |
| 소음사업장 직력(별지사용가능) | | | | |
| 구분 | 사업장명 (주소) | 직종명 | 근무기간 | 비고 |
| 최종소음 작업장 | () | | 년 월 일부터 ()년 ()월 ()일까지 | |
| 과 거 소 음 사 업 장 직 력 | () | | 년 월 일부터 ()년 ()월 ()일까지 | |
| | () | | 년 월 일부터 ()년 ()월 ()일까지 | |
| | () | | 년 월 일부터 ()년 ()월 ()일까지 | |
| | () | | 년 월 일부터 ()년 ()월 ()일까지 | |

상기 본인은 위와 같이 소음작업에 종사한 사실이 있음을 확인합니다.

년 월 일

청 구 인 (서명 또는 인) ☎
대 리 인 (서명 또는 인) ☎

장 해 진 단 서

| | |
|-----|--|
| 성 명 | 생년월일 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 년 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 월 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 일 |
|-----|--|

| | |
|---|---|
| ① 초진일 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 년 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 월 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 일 | ② 치유일 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 년 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 월 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 일 |
|---|---|

※ '초진일'이란 장애의 원인이 되는 상병에 대하여 처음으로 의사의 진찰을 받은 날
 ※ '치유일'이란 완치된 날 또는 치료효과를 기대할 수 없게 되고 상병 및 증상이 고정된 상태에 이르게 된 날

③ 장애의 원인이 되는 상병명

④ 장애부위

| | |
|------------------|--|
| ⑤ 기존장애 (질병포함) | 재해 발생 이전에 이번 재해 외의 사유로 남은 기존장애 유무: []유 []무 기존장애가 있는 경우 그 장애상태 |
|------------------|--|

⑥ 각종 검사소견 및 치유일까지의 주요치료내용(치료기간, 경과, 수술명, 수술일 포함)

⑦ 장애상태(모든 임상증상 등 장애상태를 상세히 기재. 필요한 경우 도표, 그림으로 표시)

※ '척추 및 사지마비장애', '관절운동장애'의 경우 별지 제12호 서식(나,다,라)의 지체장애용 소견서를 함께 제출할 수 있습니다.

| | |
|---|----------------|
| ⑧ 향후 단기간(6개월) 이내 악화 또는 재발 가능성 여부에 대한 소견 | [] 있음 [] 없음 |
| ⑨ 장애상태가 동통 등 신경증상인 경우 영구장애 여부에 대한 소견 | [] 비영구 [] 영구 |

| | | |
|-------------------------|---|--------------------|
| ⑩ '합병증 예방관리' 필요성에 대한 소견 | 잔존하는 장애상태 등으로 보아 향후 상태가 악화되어 재요양 사유가 발생할 우려가 있는지 여부 | [] 있음 [] 없음 |
| | 합병증 등 예방관리가 필요한지 여부 | [] 필요 [] 필요하지 않음 |
| | 합병증 등 예방관리가 필요한 구체적인 증상 및 사유 (※ 향후 재요양 사유가 발생할 우려가 있고, 합병증 등 예방관리가 필요한 경우에만 작성) | |

위와 같이 장애상태 및 합병증 등 예방관리 필요여부 등을 진단합니다.

| | | | | |
|---------|-----------|--|---|-----------|
| | 년 | 월 | 일 | |
| 의료기관명 : | (서명 또는 인) | ■ 산재관리 의사 여부: []산재관리 의사 []해당 없음 | | |
| 소재지: | | 의사 면허 번호: 호 | | |
| | | 전 문 과 목: | | |
| | | 의 사 성 명: | | (서명 또는 인) |

지 체 장 해 용(능동 관절운동장애) 소 견 서

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|-------------|----------------|----------------|---------------|-------------|--------------|-------------|---------------|-------------|
| 성 명 | | 생년월일 년 월 일 | | | | | | | | | | |
| 손(발)지관 절의 능동운동 범위 (A.M.A. 식) | 부 위 | | 제1지 | | 제2지 | | 제3지 | | 제4지 | | 제5지 | |
| | | | 굽히기 | 펴기 | 굽히기 | 펴기 | 굽히기 | 펴기 | 굽히기 | 펴기 | 굽히기 | 펴기 |
| | 중수(족)지 관절 (M. P) | 정상 범위 | 60도 (30도) | 0도 (50도) | 90도 (30도) | 0도 (40도) | 90도 (20도) | 0도 (30도) | 90도 (10도) | 0도 (20도) | 90도 (10도) | 0도 (10도) |
| | | 좌 우 | | | | | | | | | | |
| | 제1손가락관절 (P. I. P) | 정상 범위 | 80도 (30도) | 0도 (0도) | 100도 (40도) | 0도 (0도) | 100도 (40도) | 0도 | 100도 (40) | 0도 | 100도 (40도) | 0도 |
| | | 좌 우 | | | | | | | | | | |
| | 제2손가락관절 (D. I. P) | 정상 범위 | | | 70도 | 0도 | 70도 | 0도 | 70도 | 0도 | 70도 | 0도 |
| | | 좌 우 | | | | | | | | | | |
| | 팔(다리)관 절의 능동운동범 위(A.M.A. 식) | 부위 | 측정 방법 | 정상 범위 | 운동가능범위 | | 부위 | 측정방법 | 정상 범위 | 운동가능범위 | | |
| | | | | | 좌 | 우 | | | | 좌 | 우 | |
| 어깨 관절 (500도) | | 앞위쪽올리기 | 150도 | | | 영덩관절 (280도) | 펴 기 | 30도 | | | | |
| | | 뒤쪽올리기 | 40도 | | | | 굽히기 | 100도 | | | | |
| | | 옆위쪽올리기 | 150도 | | | | 모으기 | 20도 | | | | |
| | | 모으기 | 30도 | | | | 벌리기 | 40도 | | | | |
| | | 안쪽돌리기 | 40도 | | | | 안쪽돌리기 | 40도 | | | | |
| 바깥쪽돌리기 | | 90도 | | | 바깥쪽돌리기 | 50도 | | | | | | |
| 팔꿈치 관절 (310도) | | 펴 기 | 0도 | | | 무릎관절 (150도) | 펴 기 | 0도 | | | | |
| | | 굽히기 | 150도 | | | | 굽히기 | 150도 | | | | |
| | 안쪽돌리기 | 80도 | | | | | | | | | | |
| 바깥쪽돌리기 | 80도 | | | | | | | | | | | |
| 손목관절 (180도) | 손등쪽올리기 | 60도 | | | 발목관절 (110도) | 발등쪽굽히기 | 20도 | | | | | |
| | 손바닥쪽올리기 | 70도 | | | | 발바닥쪽굽히기 | 40도 | | | | | |
| | 손목의 요골쪽굽히기 | 20도 | | | | 안쪽뒤집기 | 30도 | | | | | |
| | 손목의 척골쪽굽히기 | 30도 | | | | 바깥쪽뒤집기 | 20도 | | | | | |
| | | | | 다리의 단축정도 | | cm | | 만곡변형 | 도 | | | |
| 인공골두, 인공관절 삽입상태 | 보조기사용여부 (동요관절) | | <input type="checkbox"/> 항상 필요 <input type="checkbox"/> 수시 필요 <input type="checkbox"/> 과중 노동시 필요 <input type="checkbox"/> 필요 없음 | | | 가관절 형성상태 | | | | | | |
| 측정근거 및 측정사유 | | | | | | | | | | | | |

상기 내용과 같이 진단합니다.

년 월 일

주치의 성명

(서명 또는 인)

210mm×297mm(신문용지 54g/m²)

지 체 장 해 용(수동 관절운동장애) 소 견 서

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|-------------|----------------|----------------|---------------|-------------|--------------|-------------|---------------|-------------|
| 성 명 | | 생년월일 년 월 일 | | | | | | | | | | |
| 손(발)지관 절의 수동운동 범위 (A.M.A.식) | 부 위 | | 제1지 | | 제2지 | | 제3지 | | 제4지 | | 제5지 | |
| | | | 굽히기 | 펴기 | 굽히기 | 펴기 | 굽히기 | 펴기 | 굽히기 | 펴기 | 굽히기 | 펴기 |
| | 중수(족)지 관절 (M. P) | 정상 범위 | 60도 (30도) | 0도 (50도) | 90도 (30도) | 0도 (40도) | 90도 (20도) | 0도 (30도) | 90도 (10도) | 0도 (20도) | 90도 (10도) | 0도 (10도) |
| | | 좌 우 | | | | | | | | | | |
| | 제1손가락관절 (P. I. P) | 정상 범위 | 80도 (30도) | 0도 (0도) | 100도 (40도) | 0도 (0도) | 100도 (40도) | 0도 | 100도 (40) | 0도 | 100도 (40도) | 0도 |
| | | 좌 우 | | | | | | | | | | |
| | 제2손가락관절 (D. I. P) | 정상 범위 | | | 70도 | 0도 | 70도 | 0도 | 70도 | 0도 | 70도 | 0도 |
| | | 좌 우 | | | | | | | | | | |
| | 팔(다리)관 절의 수동운동범 위(A.M.A. 식) | 부위 | 측정 방법 | 정상 범위 | 운동가능범위 | | 부위 | 측정방법 | 정상 범위 | 운동가능범위 | | |
| | | | | | 좌 | 우 | | | | 좌 | 우 | |
| 어깨관절 (500도) | | 앞위쪽올리기 | 150도 | | | 영덩관절 (280도) | 펴 기 | 30도 | | | | |
| | | 뒤쪽올리기 | 40도 | | | | 굽히기 | 100도 | | | | |
| | | 옆위쪽올리기 | 150도 | | | | 모으기 | 20도 | | | | |
| | | 모으기 | 30도 | | | | 벌리기 | 40도 | | | | |
| | | 안쪽돌리기 | 40도 | | | | 안쪽돌리기 | 40도 | | | | |
| 바깥쪽돌리기 | | 90도 | | | 바깥쪽돌리기 | 50도 | | | | | | |
| 팔꿈치 관절 (310도) | | 펴 기 | 0도 | | | 무릎관절 (150도) | 펴 기 | 0도 | | | | |
| | | 굽히기 | 150도 | | | | 굽히기 | 150도 | | | | |
| | 안쪽돌리기 | 80도 | | | | | | | | | | |
| 바깥쪽돌리기 | 80도 | | | | | | | | | | | |
| 손목관절 (180도) | 손등쪽올리기 | 60도 | | | 발목관절 (110도) | 발등쪽굽히기 | 20도 | | | | | |
| | 손바닥쪽올리기 | 70도 | | | | 발바닥쪽굽히기 | 40도 | | | | | |
| | 손목의 요골쪽굽히기 | 20도 | | | | 안쪽뒤집기 | 30도 | | | | | |
| | 손목의 척골쪽굽히기 | 30도 | | | | 바깥쪽뒤집기 | 20도 | | | | | |
| | | | | | 다리의 단축정도 | | cm | 만곡변형 | 도 | | | |
| 인공골두, 인공관절 삽입상태 | 보조기사용여부 (동요관절) | | <input type="checkbox"/> 항상 필요 <input type="checkbox"/> 수시 필요 <input type="checkbox"/> 과중 노동시 필요 <input type="checkbox"/> 필요 없음 | | | 가관절 형성상태 | | | | | | |
| 측정근거 및 측정사유 | | | | | | | | | | | | |

상기 내용과 같이 진단합니다.

년 월 일

주치의 성명

(서명 또는 인)

210mm×297mm(신문용지 54g/m²)

장해급여 일시금 · 연금 선택 확인서

가. 장해급여 지급방법

- 장해등급 제1급~제3급은 연금으로 지급, 제4급~제7급은 일시금 연금 중 선택, 제8급~14급은 일시금으로 지급
- 장해일시금 : 장해등급의 일시금 일수에 치유 당시 평균임금을 곱하여 산정된 금액 지급
- 장해연금 : 장해등급의 연금일수에 산정 당시 평균임금을 곱하여 산정된 금액을 사망 시까지 지급
- 장해연금 선급 : 장해등급 제4급~제7급은 최초 1년분 또는 2년분, 제1급~제3급은 최초 1년분~4년분까지 선급할 수 있으며 연금액 1/2에 해당하는 금액을 미리 지급하고 그 기간은 장해연금액의 50%만 지급
- 장해일시금을 받고 재요양 이후 장해연금 대상이 되는 경우에는 이미 지급한 장해일시금 지급일수 동안 장해연금을 부지급 혹은 이미 지급한 장해일시금 지급일수의 2배 기간 동안 장해연금 1/2지급 중 선택

나. 장해급여 수령방법 선택(해당 사항에 체크 및 기재 바랍니다.)

- 장해등급 제4급부터 제7급까지의 경우 장해일시금 또는 장해연금을 선택한 이후에는 변경 불가능
- 장해연금 선급금을 신청한 경우 그 선급기간의 변경 또는 연장 불가능
- 신경 · 정신장해, 척추신경근장해, 운동범위 제한정도에 따른 관절기능장해, 진폐장해가 남아 장해연금을 수령하는 경우 지급 결정 한 날을 기준으로 2년이 지난 시점에서 장해등급 재판정 실시
- 재판정에 따른 장해급여는 장해상태가 악화되어 장해등급이 상향된 경우 그에 따라 지급하며, 장해상태가 호전되어 제8급부터 제14급까지에 해당하는 경우 일시금을 선택한 경우보다 수령액이 적어질 수 있음

※ 제4급 ~ 제7급 대상자의 일시금·연금 지급일수 비교(연금을 선택하면 아래 시점에 일시금일수와 동일해집니다.)

| 등급 | 일시금 | 연금 | 일시금과 동일해지는 시점 | 등급 | 일시금 | 연금 | 일시금과 동일해지는 시점 |
|-----|--------|------|---------------|-----|------|------|---------------|
| 제4급 | 1,012일 | 224일 | 연금 4.52년 수령 | 제6급 | 737일 | 164일 | 연금 4.49년 수령 |
| 제5급 | 869일 | 193일 | 연금 4.50년 수령 | 제7급 | 616일 | 138일 | 연금 4.46년 수령 |

장해등급 제1급부터 제3급까지에 해당하는 경우

장해보상연금의 선급 여부 및 그 기간에 대하여 아래와 같이 확인합니다.

⇒ 선급여부 : 예(), 아니오() / 선급하는 경우 그 기간 : ()년

장해등급 제4급부터 제7급까지에 해당하는 경우

장해급여 지급방법(연금 또는 일시금 여부), 선급 여부 및 그 기간에 대하여 아래와 같이 확인합니다.

⇒ 장해급여 수령방법 : 일시금/연금 중 택일()

⇒ 연금을 선택하는 경우 선급여부 : 예(), 아니오() / 선급하는 경우 그 기간 : ()년

장해일시금을 받고 재요양 이후 장해등급이 상향되면서 제1급부터 제7급까지에 해당하는 경우

장해급여 지급방법(연금 또는 일시금 여부), 장해일시금 공제방법에 대하여 아래와 같이 확인합니다.

⇒ 장해급여 수령방법(제4급부터 제7급까지) : 일시금/연금 중 택일()

⇒ 연금을 선택하는 경우 : 이미 지급한 장해일시금 지급일수에 해당하는 기간이 지난 후 수령(),
이미 지급한 장해일시금 지급일수의 2배에 해당하는 기간 동안 장해연금의 1/2을 수령()

본인은 장해급여 일시금 및 연금제도에 대하여 충분히 설명을 듣고 이해하였기에 위와 같이 장해급여 수령방법을 선택 후 자필로 서명·날인합니다.

년 월 일

확인자 성명 :

(서명 또는 인)