

접수번호	접수일자	처리기간	14일
------	------	------	-----

성명		주민등록번호 (13자리)		
① 진료기관 및 진료기간	진료기관 명칭	소재지	일 자	진 단 명
	초진:			
	최종:			
② 장해발생 경위	발생일	. . .	발생장소	
	경 위			

③ 제3자 가해여부	[] 해당		[] 해당사항 없음	
	가해자 (개인)	성 명	주민등록번호 (13자리)	
		주 소	연락처	
	가해자 (법인)	상호		연락처
		주소		
손해배상금 수령액		금 _____ 원		

1050

공무원연금공단 이사장 귀하

작성방법

1. ① “진료기간 및 진료기간”의 초진은 장애의 원인이 부상 또는 질병으로 최초 내원한 병원과 내원일자, 진단명을 기재하시고
최종은 장애 확정판정을 받은 병원과 내원일자, 진단명을 기재하여 주십시오.
2. ② “장애발생 경위”란 장애발생 경위를 육하원칙에 따라 적으시고, “발생일”은 장애발생 경위 중 장애원인이 된 질병 또는
부상의 최초 발생일을 기재하여 주십시오.
3. ③ “제3자 가해”란은 해당사항이 있는 경우만 기재하여 주십시오.
 - 가해자가 개인인 경우 가해자의 인적사항을 기재하여 주십시오.
 - 가해자가 법인인 경우는 법인상호(예: 00보험사), 담당자 연락처를 기재하여 주십시오.
 - “합의사항”란은 민·형사상 합의유무, 합의금액 및 수령여부를 포함하여 상세하게 적되, 합의가 되지 아니할 경우에도 그
사유를 기재하여 주십시오.
 - ※ 가해자 불명 또는 인적사항을 확인할 수 없는 경우 그 사유를 기재하여 주십시오.
 - ※ 기재란 부족 시 다른 용지 사용 가능합니다.

경위서 보낼 곳(우편, 팩스)				
부서명	우편번호	주 소	FAX	전화번호
급여심사실	63568	제주특별자치도 서귀포시 서호중앙로 63 (서호동) 공무원연금공단 3층 급여심사실	064) 802 - 2570 064) 802 - 2649	064) 802 - 2575, 2436, 2485, 2489, 2597, 2025, 2674, 2498, 2408, 2596, 2490, 2486, 2516

문의 : 공무원연금공단 고객센터(1588-4321)

210mm×297mm (백상지 80g/m²)