서식 1 예방접종 후 이상반응 발생신고(보고)서

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 [별지 제2호서식] <개정 2020. 6. 4.>

예방접종 후 이상반응 발생신고(보고)서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 신고방법 안내를 읽고 작성하시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √표시를 합니다. (앞 쪽)

예방접종 후 이상반응자 또는 사망자	성명		주민등록번호	
	(19세 미만인 경우 보호자 성명)			
	전화번호	직업	성별	[ ]남 [ ]여
	주소	우편번호		
	[ ] 거주지 불명 [ ] 신원 미상			
(임신부)	[ ] 출산예정일 : _____년 ___월 ___일 (또는 [ ] 마지막 생리일) : _____년 ___월 ___일) [ ] 신고 시 이미 출산 한 경우, 출산일 : _____년 ___월 ___일			
예방접종 일시	년 월 일 (오전/오후) 시 분			
	(임신부) 재태주수 ____주 - 재태주수를 모르는 경우: [ ] 임신 초기(0-13주) [ ] 임신 중기(14-27주) [ ] 임신 후기(28주 이상)			
예방접종 기관	기관명	전화번호		

예방접종 종류 및 제품명	제조회사	제조번호	유효기간 (연월일)	예방접종 부위	예방접종 방법	과거 접종 횟수

최근 4주 이내에 접종한 백신의 종류 및 접종일

임신기간 동안 접종한 백신의 종류 및 접종일

접종일	예방접종 종류 및 제품명	제조회사	제조번호	유효기간 (연월일)	예방접종 부위	예방접종 방법	과거 접종 횟수

접종 전 특이사항	[ ] 5세 이하인 경우 ※ 해당 시 접종 전 체온(℃) 출생 체중(kg)		
	[ ] 선천성 기형		
	[ ] 그 밖의 기저질환		
예방접종 후 이상반응 관련 사항	이상반응 발생 일시(년/월/일/시/분)		
	이상반응 진단 일시(년/월/일)		
	이상반응 종류	국소 이상반응	[ ]접종 부위 농양 [ ]림프선염(화농성림프선염 포함) [ ]심한 국소 이상반응 [ ]연조직염
		신경계 이상반응	[ ]급성 마비 [ ]뇌증 혹은 뇌염 [ ]경련 [ ]길랭바레증후군
		그 밖의 전신 이상반응	[ ]알레르기 반응 [ ]아나필락시스양 반응 [ ]아나필락시스성 쇼크 [ ]발열 [ ]관절염 [ ]골염 혹은 골수염 [ ]전신파종성 비씨지감염증 [ ]혈소판 감소 자반증
		[ ] 그 밖에 접종 후 4주 이내에 발생한 중대하거나 특이한 이상반응	
	이상반응 진행상황	1. 진행 중	[ ]생명위중 [ ]입원치료 [ ]외래치료 [ ]치료 안함
		2. 상태종료	[ ]완전회복 [ ]경미장애/후유증 [ ]영구장애/후유증 [ ]사망
		3. 모름	[ ]
해당사항이 있는 경우 기록	요양기관 지정번호		
	진단(한)의사 성명 (서명 또는 날인)	면허번호	

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

작성방법

서명 난은 컴퓨터통신 이용 시에는 생략합니다.

예방접종 후 이상반응의 종류

1. 국소 이상반응

□ 접종 부위 농양
- 발열에 관계없이 접종부위에 체액이 고인 병변이 발생한 경우
- 세균성: 화농, 염증 증후, 발열, 그람 염색 결과 양성, 세균 배양 양성, 분비물 내의 중성백혈구의 증가 소견 등으로 세균성 농양이 의심됨. 다만, 위의 소견 중 일부가 없다고 하여 세균성 농양일 가능성을 완전히 배제할 수는 없음
- 무균성: 세균성 감염의 증거가 없는 경우

□ 림프선염(화농성림프선염 포함)
- 적어도 한 개 이상의 림프선이 1cm 이상(어른 손가락 굵기 정도) 커지거나
- 림프선에 체액이 유출되는 구멍이 형성된 경우
- 거의 대부분 비씨지 접종에 의하여 발생하며, 접종 후 2~6개월 사이에 접종부위와 같은 쪽(대부분 겨드랑이)에 나타남

□ 심한 국소 이상반응
- 접종부위를 중심으로 발적(發赤), 부어오름과 함께 다음 소견이 나타나는 경우
  • 접종부위에서 가장 가까운 관절 부위 너머까지 부어오름
  • 통증 • 발적 • 부어오름 • 경결(硬結) 등이 3일 이상 지속되는 경우
- 입원치료가 필요한 경우

□ 연조직염
- 피부에 발생하는 급성, 감염성, 팽창성 염증으로 접종부위 통증, 홍반, 부기, 열감이 나타나는 경우

2. 신경계 이상반응

□ 급성 마비
- 경구용 폴리오 백신 접종 4~30일 이내, 혹은 백신 접종자와 접촉한 후 4일~75일 이내에 이완성 마비가 급성으로 발생하여, 신경학적 이상이 60일 이상 지속되거나 사망한 경우

□ 뇌증(腦症)
예방접종 후에 급성으로 발생하면서 다음 소견 중 2가지 이상을 동반한 경우
① 뇌전증 발작
② 1일 이상 지속되는 의식 혼탁
③ 1일 이상 지속되는 특이 행동
※ 백신의 종류에 따라 뇌증의 발생 가능 기간이 다음과 같이 다름
(예: DT, DTaP, DTP, DTP-Hib 등은 72시간, MMR은 5~15일)

□ 뇌염
- 뇌증에서 언급한 증상과 함께 뇌염증의 증후를 동반하여야 하며, 대부분의 경우 뇌척수액 검사상 세포증다증을 보이거나 바이러스가 분리됨

□ 경련
- 경련이 수 분~15분 이상 지속되며, 국소 신경학적 증상이나 증후를 동반하지 않음

□ 길랭바레(Guillain-Barre)증후군
- 진행성, 상행성 이완성 마비가 좌우대칭으로 급속히 발생하고, 마비 발생 당시 발열은 없고 감각 이상을 동반하며, 뇌척수액 검사상 단백세포 해리가 중요한 진단 소견임

3. 기타 전신 이상반응

□ 알레르기 반응
다음의 증상 중 하나 이상을 동반하는 경우
① 피부 병변(두드러기, 습진)
② 천명(쌕쌕거림)
③ 안면 부어오름 또는 전신 부어오름

□ 아나필락시스양 반응
- 예방접종 후 2시간 이내에 급성으로 다음 중 한 가지 이상의 증상을 보이는 경우
① 기관지 수축으로 인한 천명(쌕쌕거림)과 호흡곤란
② 후두 연축/부어오름
③ 한 개 이상의 피부 병변(예: 두드러기, 안면 부어오름, 전신 부어오름)

□ 아나필락시스성 쇼크
- 예방접종 직후 순환기 기능부전(예: 의식혼탁, 저혈압, 말초맥박소실, 말초혈액 순환부전으로 인한 차갑고 축축한 손발)이 나타나고, 기관지 연축, 후두 연축/부어오름 등으로 호흡곤란을 초래하는 경우도 있음

□ 발열
- 직장 체온이 39℃ 이상인 경우

□ 관절염
- 관절염이 주로 사지의 작은 관절에 나타남

□ 골염 혹은 골수염
- 비씨지 접종으로 인한 골감염(접종 후 8개월~16개월 이내에 발생함) 또는 다른 세균성 감염에 의하여 발생한 골감염임

□ 전신파종성 비씨지감염증
- 비씨지 접종 후 1개월~12개월 이내에 일어나는 전신성 감염으로 Mycobacterium bovis 비씨지 균주를 분리하여 확진함

□ 혈소판 감소 자반증
- 혈중 혈소판의 수가 50,000/mm^3 이하로 떨어지는 것을 의미하며 자가면역질환 등의 다른 원인이 없는 경우라야 함
- 주로 홍역 백신(MMR)과 관련하여 나타나며 7~30일 이내에 증상 출현

서식 2 코로나19 예방접종 피해조사보고서 (30만원이상)

코로나19 예방접종 피해조사보고서(30만원이상)

□ 주요 내용

o 조사 주체: 시도

이름	주민번호	접종당시 나이(세)	접종 기관	접종일시	접종 부위
				년 월 일 시 분	

백신 종류	차수	제품명	제조회사	제조번호	유통기간
코로나19					

o 기저질환 및 의학적 과거력:

o 피해발생 경위

- 최초 증상 (기저질환자의 경우 최초 증상란에 최근 기왕력 및 예방접종 전의 상황을 포함하여 작성)
- 증상(발생일시) (이상반응 발생 부위, 동반 증상, 지속 시간(기간), 통증의 정도(강도) 등을 기재)
- 백신 접종~증상 발생까지 걸린 시간:
- 신고경위
- 임상경과 (응급실 내원 및 입원 환자의 경우 입원 기간의 경과 및 치료 상황을 작성)
- 조사 당시 임상 결과[완쾌, 회복 중, 입원(일반, 중환자실), 사망, 영구적 장애 등]

□ 주요 검사 소견 (주요 검사소견 등 의무기록에 기반하여 작성)

○ 임상 진찰 소견
-
○ 실험실적 검사 소견
-
○ 영상의학적 검사 소견 (영상의학적 검사 소견은 이상소견이 있을 시 사진 첨부 또는 판독 결과를 자세히 인용)
-
○ 기타 (피부병변이나 국소 이상반응 사례 등의 경우 병변에 대한 사진 자료가 있을 시 첨부)

□ 검토결과

<table>
<tr><td rowspan="2">○ 백신 자체의 문제</td><td>공정(이물질 등)</td><td colspan="3">□ 없음 □ 있음 (　　)</td></tr>
<tr><td>보관</td><td colspan="3">□ 없음 □ 있음 (　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2">○ 예방접종 과정상 오류</td><td colspan="3">□ 없음 □ 있음 (　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2">○ 알려진 이상반응 해당 여부
(백신별 부작용표 참고)</td><td colspan="3">□ 아니오 □ 예</td></tr>
<tr><td rowspan="2">○ 시간적 개연성</td><td>접종과 증상발생 시간
(관련 증상)</td><td colspan="3">일　　시간　　분</td></tr>
<tr><td>유무</td><td colspan="3">□ 없음 □ 있음 (　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2">○ 관련 문헌 검토 사항</td><td colspan="3">-
-</td></tr>
<tr><td colspan="2">○ (추정) 진단명(*질병 코드)
* 있는 경우 작성</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">○ (추정) 진단명/ 사인에 대한 검사 결과
* 실험실 검사 결과, 영상검사 결과, 심전도 등을 기록</td><td>검사명</td><td>일 자</td><td>결과(소견)</td></tr>
<tr><td></td><td>년 월 일</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>년 월 일</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>년 월 일</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">○ 진단기준 부합(Brighton Collaboration)</td><td colspan="3">□ 만족하지 않음 □ 만족함(level 0)</td></tr>
<tr><td colspan="2">○ 타 요인에 의한 질환 발생 가능성
(질환의 알려진 주요 원인, 선행 증상, 검사 결과 등)</td><td colspan="3">□ 없음 □ 있음 (　　)</td></tr>
<tr><td colspan="5">o 잠정결론

※ 향후 피해보상위원회에서 심의기준 결정 예정</td></tr>
</table>

□ 기타

○ 항목 외 사항에 대해 자유롭게 기재 기타 위의 사항에 대한 근거자료를 의무기록에서 찾기 어려운 경우 환자, 보호자, 담당의사 면담 시에 확인할 수 있도록 협조

서식 3 **진료비 및 간병비 청구서**

■ 코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법 시행규칙 [별지 제1호서식]

진료비 및 간병비 청구서

※ 바탕이 어두운 칸은 청구인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일시	처리기간 120일

청구인	성명	주민등록번호
	전화번호	본인과의 관계
	주소	

본인 인적사항	성명	주민등록번호
	주소	

예방접종의 내용	예방접종의 종류	
	접종 장소	접종 일시

진료비	간병비

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제5조제1항제1호, 같은 법 시행령 제2조, 제3조제1호·제2호 및 같은 법 시행규칙 제2조제1항에 따라 시·도지사를 경유하여 진료비 및 간병비를 신청합니다.

년 월 일

청구인 (서명 또는 인)

질병관리청장 귀하

청구인 제출서류	1. 의료기관이 발행한 진료확인서 또는 소견서 1부 2. 청구인과 본인의 관계를 증명하는 서류 1부(주민등록표 등본 또는 가족관계증명서로 청구인과 본인의 관계를 증명할 수 없는 경우에만 제출합니다)	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	주민등록표 등본 또는 가족관계증명서	

행정정보 공동이용 동의서

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

* 담당 공무원의 확인에 동의하지 않는 경우에는 청구인이 직접 해당 서류를 제출해야 합니다.

청구인 (서명 또는 인)

처리절차

청구서 작성	접 수	심 의	보상금 산정	결 정	통 보	지 급
청구인	시 · 도지사		질병관리청장		(시 · 도지사)	질병관리청장

서식 4 의료기관이 발행한 진료확인서

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 [별지 제33호서식]

진 료 확 인 서

진료자	성명	생년월일	성별
	주소		

질병명 또는 주요 소견

(예시) 상기환자는 2021년 0월 0일부터 000를 호소하여 본원치료를 받고 있으며...(이하생략)

진료일수	외래	일
	입원	일

의료비	총액	보험자 부담액	의료보험 본인부담액	의료보험 비급여액

위와 같이 진료하였음을 확인함.

의료기관의 명칭

소 재 지

개설자의 성명 (서명 또는 인)

210mm×297mm(일반용지60g/㎡)

서식 5 신청인과 본인의 관계를 증명하는 서류

*** 본인제출시 신분증, 가족관계증명서, 주민등록 등. · 초본 등**

주 민 등 록 표

(등본)

이 등본은 세대별 주민등록표의 원본
내용과 틀림없음을 증명합니다.
담당자: 홍00 전화: 043-288-1000
신청인: 홍길동

이 용지는 위조식별 표시가 되어있음 년 월 일

세대주 성명(한자)	홍길동(洪吉童)	세대구성 사유 및 일자	복귀세대구성 1990-00-00
주 소			발생일 / 신고일 변 동 사 유
현주소 충청북도 00시 00로 200			1990-00-00

번호	세대주 관 계	성 명(한자) 주민등록번호	발생일 / 신고일 등록상태	변 동 사 유
1	본인	홍길동 (洪吉童) 000000-******		
2	자녀	홍길순 (洪吉巡) 000000-******		
== 이 하 여 백 ==				

서식 6 위임장

위임장

위임인 (보상대상자)	성명	생년월일
	주소	전화번호
위임받는 자 (대리인)	성명	생년월일
	주소	전화번호
	위임인과의 관계	
	위임 사유	
위임내용	[ ] 진료비 및 간병비, 장애일시보상금 신청 [ ] 사망일시보상금 및 장제비 신청	

위 위임인은 코로나19 예방접종피해 국가보상의 신청과 관련한 사항을 대리인에게 위임합니다.

20 년 월 일

위임인(보상대상자) (서명 또는 인)

유의사항

1. 위임받는 자(대리인)는 본 위임장과 위임인(보상대상자)의 주민등록증·운전면허증 또는 여권 등의 신분증명서 사본을 함께 제출해야 합니다.

2. 다른 사람의 인장 도용 등 허위로 위임장을 작성하여 신청한 경우에는 사문서 위·변조로 처벌을 받을 수 있습니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

서식 7 간편수신 동의서

간편수신동의서

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 4조, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.

- 개인정보 수집·이용 목적: 피해보상 진행 상황 안내 및 심리지원을 위한 정보 제공
- 개인정보 수집·이용 항목: 성명, 건강에 관한 정보, 주민등록번호, 주소, 전화번호(집/휴대전화), 전자메일
- 개인정보 보유 및 이용기간: 5년

코로나19 예방접종 피해보상 관련 결정기간 연장 사실과 이유 등을 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4에 따라 구축된 예방접종통합관리시스템을 활용하여 **문자전송, 전자메일, 전화 또는 이에 상응하는 방법으로 수신하는 것에 동의합니다.**

☐ 예 ☐ 아니오

이상반응 관련 심리지원을 위하여 아래의 정보를 국가(권역) 트라우마센터 및 지자체 정신건강복지센터에 제공하는 것에 동의합니다.

- 제공 개인정보 : 성명, 전화번호(집/휴대전화)

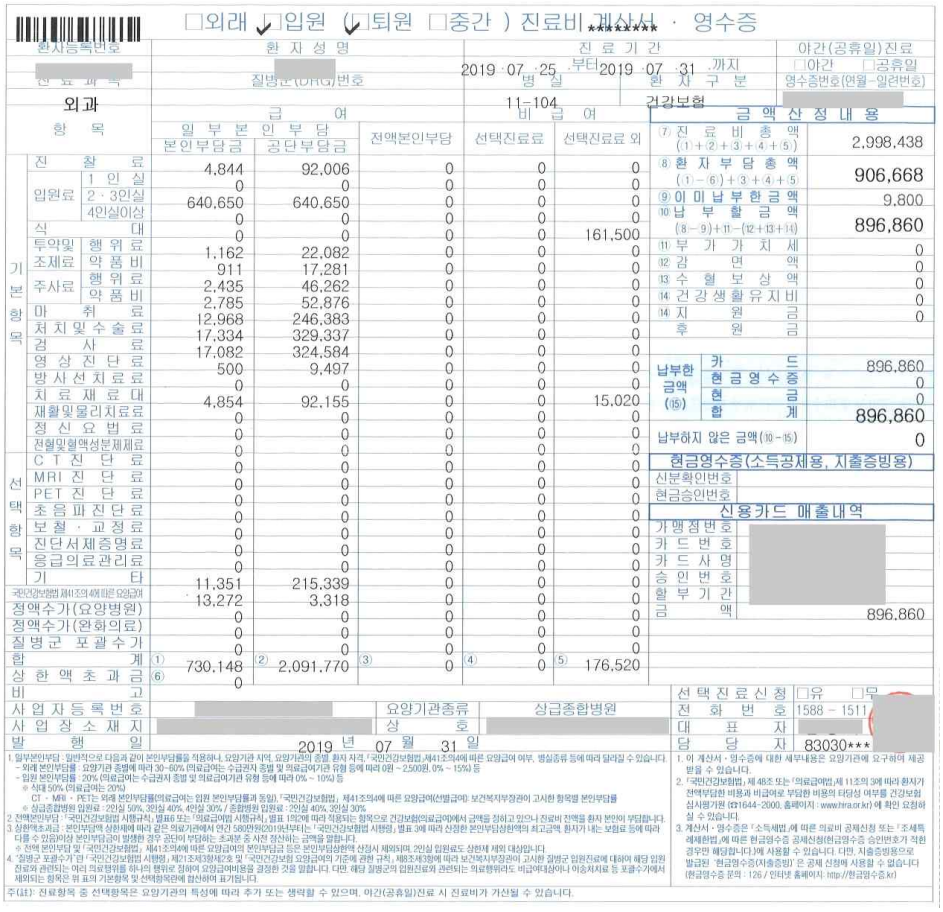
* 정보 제공에 동의하지 않는 경우, 심리지원 관련한 안내를 받으실 수 없습니다.

☐ 예 ☐ 아니오

질 병 관 리 청 장 귀 하

서식 8

진료비 영수증 예시(원본)



□외래 ✓□입원 (✓□퇴원 □중간) 진료비 계산서 · 영수증

환자등록번호	환자성명	진료기간	야간(공휴일)진료
[redacted]	[redacted]	2019 07 25 부터 2019 07 31 까지	□야간 □공휴일
진료과목	질병분류(DRG)번호	병실 / 환자구분	영수증번호(연월-일련번호)
외과	11-104	건강보험	[redacted]

항목		급여 일부본인부담 본인부담금	급여 일부본인부담 공단부담금	전액본인부담	비급여 선택진료료	비급여 선택진료료 외
기본항목	진찰료	4,844	92,006	0	0	0
	입원료 1인실	0	0	0	0	0
	입원료 2·3인실	640,650	640,650	0	0	0
	입원료 4인실이상	0	0	0	0	0
	식대	0	0	0	0	161,500
	투약및조제료 행위료	1,162	22,082	0	0	0
	투약및조제료 약품비	911	17,281	0	0	0
	주사료 행위료	2,435	46,262	0	0	0
	주사료 약품비	2,785	52,876	0	0	0
	마취료	12,968	246,383	0	0	0
	처치및수술료	17,334	329,337	0	0	0
	검사료	17,082	324,584	0	0	0
	영상진단료	500	9,497	0	0	0
	방사선치료료	0	0	0	0	0
	치료재료대	4,854	92,155	0	0	15,020
	재활및물리치료료	0	0	0	0	0
	정신요법료	0	0	0	0	0
	전혈및혈액성분제제료	0	0	0	0	0
선택항목	CT진단료	0	0	0	0	0
	MRI진단료	0	0	0	0	0
	PET진단료	0	0	0	0	0
	초음파진단료	0	0	0	0	0
	보철·교정료	0	0	0	0	0
	진단서제증명료	0	0	0	0	0
	응급의료관리료	0	0	0	0	0
	기타	11,351	215,339	0	0	0
국민건강보험법 제41조의 4에 따른 요양기관 정액수가(요양병원)		13,272	3,318	0	0	0
정액수가(완화의료)		0	0	0	0	0
질병군 포괄수가		0	0	0	0	0
합계		① 730,148	② 2,091,770	③ 0	④ 0	⑤ 176,520
상한액초과금		⑥ 0				
비고						

금액산정내용		
⑦ 진료비총액 (①+②+③+④+⑤)		2,998,438
⑧ 환자부담총액 (①-⑥)+③+④+⑤		906,668
⑨ 이미납부한금액		9,800
⑩ 납부할금액 (⑧-⑨)+⑪-(⑫+⑬+⑭)		896,860
⑪ 부가가치세		0
⑫ 감면액		0
⑬ 수혈보상액		0
⑭ 건강생활유지비		0
⑭ 지원금		0
후원금		
납부한 금액 (⑮)	카드	896,860
	현금영수증	0
	현금	0
	합계	896,860
납부하지 않은 금액 (⑩-⑮)		0

현금영수증(소득공제용, 지출증빙용)

신분확인번호

현금승인번호

신용카드 매출내역

가맹점번호	
카드번호	[redacted]
카드사명	
승인번호	
할부기간	
금액	896,860

사업자등록번호	[redacted]	요양기관종류	상급종합병원
사업장소재지	[redacted]	상호	[redacted]
발행일	2019 년 07 월 31 일		

선택진료신청 □유 □무

전화번호	1588-1511
대표자	[redacted]
담당자	83030***

1. 일부본인부담금 : 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양기관의 종별, 환자 자격, 「국민건강보험법」제41조의4에 따른 요양급여 여부, 병실종류 등에 따라 달라질 수 있습니다.
- 외래 본인부담률 : 요양기관 종별에 따라 30~60%, (의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0원 ~ 2,500원, 0% ~ 15%) 등
- 입원 본인부담률 : 20% (의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0% ~ 10%) 등
※ 식대 50% (의료급여는 20%)
CT · MRI · PET는 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일), 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선별급여): 보건복지부장관이 고시한 항목별 본인부담률
※ 상급종합병원 입원료 : 2인실 50%, 3인실 40%, 4인실 30% / 종합병원 입원료 : 2인실 40%, 3인실 30%
2. 전액본인부담 : 「국민건강보험법 시행규칙」 별표6 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험(의료급여)에서 급액을 정하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다.
3. 상한액초과금 : 본인부담액 상한제에 따라 같은 의료기관에서 연간 580만원(2015년부터는 「국민건강보험법 시행령」 별표 3에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고급액) 환자가 내는 보험료 등에 따라 다를 수 있음)이상 본인부담금이 발생한 경우 공단이 부담하는 초과분 중 사전 정산하는 금액을 말합니다.
※ 전액 본인부담 및 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담상한액 산정시 제외되며, 2인실 입원료도 상한제 대상입니다.
4. "질병군 포괄수가"란 「국민건강보험법 시행령」 제21조제3항제2호 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제3항에 따라 보건복지부장관이 고시한 질병군 입원진료에 대하여 해당 입원 진료와 관련되는 여러 의료행위를 하나의 행위로 정하여 요양급여비용을 결정한 것을 말합니다. 다만, 해당 질병군의 입원진료와 관련되는 의료행위라도 비급여대상이나 이송처치료 등 포괄수가에서 제외되는 항목은 위 표의 기본항목 및 선택항목란에 합산하여 표기합니다.

주(註): 진료항목 중 선택항목은 요양기관의 특성에 따라 추가 또는 생략할 수 있으며, 야간(공휴일)진료 시 진료비가 가산될 수 있습니다.

1. 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다.
2. 「국민건강보험법」 제 48조 또는 「의료급여법」 제 11조의 3에 따라 환자가 전액부담한 비용과 비급여로 부담한 비용의 타당성 여부를 건강보험심사평가원 (☎1644-2000, 홈페이지 : www.hira.or.kr)에 확인 요청하실 수 있습니다.
3. 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제신청 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 공무원 해당합니다.)에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 '현금영수증(지출증빙)'은 공제 신청에 사용할 수 없습니다 (현금영수증 문의 : 126 / 인터넷 홈페이지 : http://현금영수증.kr)

서식 9 진료비 세부산정내역

■ 보건복지부 고시 제2018-21호[별지 제1호 서식] 진료비 세부산정내역 서식 (제2조제1항 관련) [앞면]

진료비 세부산정내역

환자등록번호	환자성명	진료기간	병실	환자구분	비고

항목	일자	코드	명칭	금액	횟수	일수	총액	급여			비급여
								일부본인부담		전액본인부담	
								본인부담금	공단부담금		
계											
끝수처리 조정금액											
합계											

신청인 (환자와의 관계 :) 의 요청에 따라
진료비 계산서·영수증 세부산정내역을 발급합니다.

년 월 일

요양기관 명칭		대표자	[인]

일반사항 안내

1. 진료비 계산서·영수증의 세부내역서는 환자의 구체적인 처방 내역 등이 확인되므로 원칙적으로 환자 본인 외에 발급을 금합니다.
   다만, 본 세부내역서 발급에 대해 별도로 환자 본인으로부터 위임을 받은 것이 확인된 자 또는 법정대리인에겐 발급이 가능합니다.
2. 비고란은 세부산정내역을 발부하는 영수증번호 등 요양기관이 필요한 경우 추가 기재하는 공간으로 활용할 수 있습니다.
3. 동 서식에 명시된 항목은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제7조제3항에 따라 필수 기재되어야 합니다.

[뒷면]

○ **기본정보**
- 환자등록번호, 환자성명, 진료기간, 병실, 환자구분은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 진료비 계산서·영수증과 동일하게 기재

○ **포함항목**
- **항목**:「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 진료비 계산서·영수증 항목 기준으로 기재. 다만, 요양기관에 따라 항목 추가 기재 가능
  (예시) 진찰료, 입원료, 식대, 투약 및 조제료, 주사료, 처치 및 수술료 등
- **일자**: 각 항목별 실시일자를 기재. 다만, 입원 진료 시 동일한 내역이 반복되는 경우 시작일자와 종료일자로 묶어서 기재 가능
- **코드**: 1. 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따른 코드(진료수가, 의약품, 치료재료 등)를 기재
  2. 상기 1의 코드가 없는 경우「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」[별표1] 공개항목의 비급여코드를 우선 기재하고 해당코드가 없는 경우 요양기관 자체 코드 기재
- **명칭**: 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에서 정한대로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 바에 따라 급여대상 및 비급여대상의 세부항목별 코드에 해당하는 명칭 기재
- **금액**: 단가*에 종별가산 등이 포함된 금액
  * (단가)
  - 진료수가는 각 항목의 상대가치점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액을 기재
  - 약제, 치료재료, 원료약 등의 경우「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따른 단가를 원 미만은 4사5입하여 기재하되, 단가가 1원 미만인 경우 1원으로 기재
- **횟수**: 1일 실시(투여)횟수 기재
- **일수**: 총 실시(투여)일수 기재
- **총액**: 금액(1회) x 실시(투여)횟수 x 실시(투여)일수를 계산 한 후 기재
- **급여**
  - **본인부담금**: 요양급여비용 중 수진자 본인부담금액 기재
  - **공단부담금**: 요양급여비용 중 보험자 부담금액 기재
  - **전액본인부담금**: 요양급여비용 중 100분의100 본인부담금 기재
- **비급여**: 비급여 항목에 해당하는 금액을 기재
- **계**: 항목별 합산 금액 기재
- **끝수처리 조정금액**: 끝수처리로 조정되는 금액 기재
- **합계**: '계'의 금액에 끝수처리 조정금액을 반영한 최종금액 기재(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 진료비 계산서·영수증의 항목별 금액과 동일하게 기재)

  * 끝수처리는 「국민건강보험법」제107조 및「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따름

서식 10 의무기록 사본

의 무 기 록 사 본 증 명 서

발 행 번 호 : *2021-0001*

환 자 명 : ***홍 길 동***

주민등록번호 : *000000-*******

진 찰 권 번 호 : *18*****

첨부한 사본은 의무기록 원본과 틀림이 없음을 증명합니다.

용 도 : ***보건소 제출용***

매 수 : 표지포함 *000* 매

취 급 자 : 의무기록실 홍길순 인

본 의무기록사본은 상기용도 이외에는 사용할 수 없습니다.

취급자 날인이 없는 것은 무효입니다.

原本對照畢

년 월 일

의 료 기 관 주 소 지

의 료 기 관 명

서식 11 의견제출서

의견제출서

본인 인적사항	성명		주민등록번호
	전화번호		
	주소		
의견제출인	성명		주민등록번호
	전화번호		본인과의 관계
	주소		
의견제출 내용	의 견		
	출석진술 신청여부	□ 신청 □ 미신청 ※ '신청'에 표시한 경우, 의견란에 기재된 내용 및 증거자료 등을 바탕으로 위원회 의결을 거쳐 출석진술 여부가 결정됩니다.	

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제10조제1항, 같은법 시행령 제8조제1항에 따라 위와 같이 의견을 제출합니다.

년 월 일

의견제출인 (서명 또는 인)

귀하

유 의 사 항

1. 기재란이 부족한 경우에는 별지를 사용하실 수 있습니다.
2. 증거자료 등을 첨부하실 수 있습니다.

서식 12 의견 청취 신청서

의견 청취 신청서

본인 인적사항	성명		주민등록번호
	전화번호		
	주소		
의견청취 대상	성명		소속 및 직위
	전화번호		이메일
	주소		
내용	의견청취 신청사유		
	의견 청취 내용		

의견 청취를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항

■ 청취를 위해 의무기록, 민감정보 등 개인정보를 청취대상에게 제공하는 것에 동의하십니까? □ 예 □ 아니오

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제10조제2항, 같은법 시행령 제8조제2항에 따라 위와 같이 의견을 제출합니다.

년 월 일

의견제출인 (서명 또는 인)

귀하

유 의 사 항

1. 기재란이 부족한 경우에는 별지를 사용하실 수 있습니다.
2. 의견 청취 내용에는 의견청취 대상자로부터 들어야할 의견의 내용에 대해 작성합니다.

서식 13 기피신청서

기피 신청서

신청인	성명		
	주민등록번호		전화번호
신청내용	기피신청 대상자	성명	소속 및 직위
	신청이유		

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」제9조제2항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

코로나19 예방접종 피해보상(재심)위원회 귀하

첨부서류	소명 자료	수수료 없 음

유 의 사 항

1.“신청이유” 란에는 기피의 사유를 구체적으로 적어야 하며, 이는 단순한 불만이나 주관적 추측이 아닌 심의위원의 공정한 심의·의결을 기대하기 어려운 객관적 사유가 있는 경우에 한정됩니다.
2. 기피사유가 관계 법령 및 규정상 요건에 해당하지 않거나 사실관계와 관련된 소명자료가 첨부되지 않은 경우 신청이 반려될 수 있습니다.
3. 기재란이 부족한 경우에는 별지를 사용하실 수 있습니다.

처 리 절 차

신청서 작성	→	접 수	→	검 토	→	결 정	→	신청인에게 통지
신청인		질병관리청		위원회		위원회		질병관리청

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

서식 14 사망·장애인 일시보상금 및 장제비 청구서

■ 코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법 시행규칙 [별지 제2호서식]

사망·장애인 일시보상금 및 장제비 청구서

※ 바탕이 어두운 칸은 청구인이 적지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √표시를 합니다.

접수번호	접수일시	처리기간 120일

청구인	성명	주민등록번호
	전화번호	사망자 또는 장애인과의 관계
	주소	

[ ]사망자 [ ]장애인 인적사항	성명	주민등록번호
	주소	

예방접종의 내용	예방접종의 종류	접종 일시
	접종 장소	

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제5조제1항제2호·제3호, 같은 법 시행령 제2조, 제3조제3호부터 제5호까지 및 같은 법 시행규칙 제2조제2항에 따라 시·도지사를 경유하여 일시보상금 및 장제비를 신청합니다.

년 월 일

청구인 (서명 또는 인)

질병관리청장 귀하

청구인 제출서류	1. 사망 일시보상금 및 장제비의 경우 가. 사망진단서, 부검소견서(시신 화장 등으로 인하여 부검을 실시할 수 없거나 질병관리청장이 역학조사 등을 실시하여 예방접종으로 인한 사망임을 인정한 경우에는 첨부하지 않습니다) 나. 청구인이 유족임을 증명하는 서류(주민등록표 등본 또는 가족관계증명서로 유족임을 증명할 수 없는 경우에만 첨부합니다) 2. 장애인 일시보상금의 경우 가. 의료기관이 발행한 진단서 나. 청구인과 본인의 관계를 증명하는 서류(주민등록표 등본 또는 가족관계증명서로 청구인과 본인의 관계를 증명할 수 없는 경우에만 첨부합니다)	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	주민등록표 등본 또는 가족관계증명서	

행정정보 공동이용 동의서

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

* 담당 공무원의 확인에 동의하지 않는 경우에는 청구인이 직접 해당 서류를 제출해야 합니다.

청구인 (서명 또는 인)

처리절차

청구서 작성	접 수	심 의	보상금 산정	결 정	통 보	지 급
청구인	시·도지사		질병관리청장		(시·도지사)	질병관리청장

서식 15 진단서

■ 의료법 시행규칙 [별지 제5호의2서식] <개정 2019. 9. 27.>

진 단 서

등록번호
연 번 호

환자의 성명		환자의 주민등록번호	
환자의 주소	(전화번호:)		
병 명 [ ] 임상적 추정 [ ] 최 종 진 단	(주 질병・부상) (부 질병・부상)		질병분류기호
발병 연월일	년 월 일	진단 연월일	년 월 일
치료 내용 및 향후 치료에 대한 소견	**(예시)** 상기환자는 2021년 0월 0일부터 000를 호소하여 본원치료를 받고 있으며...(이하생략)		
입원・퇴원 연월일	입원일: 년 월 일부터	퇴원일: 년 월 일	
용 도			
비 고			

「의료법」 제17조 및 같은 법 시행규칙 제9조제1항에 따라 위와 같이 진단합니다.

년 월 일

의료기관 명칭:

주소:

[ ]의사 [ ]치과의사 [ ]한의사 면허번호 제 호

성 명: (서명 또는 인)

작 성 방 법

1. 환자의 인적사항은 진찰한 의사, 치과의사 또는 한의사가 주민등록증, 기간 만료 전 여권, 운전면허증, 공무원증, 국립・공립대학 학생증, 군무원증, 건강보험증, 외국인등록증 등 국가공인 신분증(환자가 미성년자인 경우에는 주민등록등본・초본, 학생증 등으로 대체 가능합니다)과 대조하여 확인하고 서명 또는 날인합니다.
2. "병명"란에는 "임상적 추정"과 "최종진단" 중 택일하여 [ ]에 √ 표시를 하고, 질병명은 한글로 적되 영어로 적을 경우에는 한글을 함께 적으며, 질병분류기호도 함께 적습니다.

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

서식 16 사망진단서

■ 의료법 시행규칙 [별지 제6호서식] <개정 2018. 9. 27.>

사망진단서(시체검안서)

※ [ ]에는 해당되는 곳에 "✔"표시를 합니다.

등록번호	연번호	원본 대조필인

① 성 명				② 성 별	[ ]남[ ]여
③ 주민등록번호	-	④ 실제생년월일	년 월 일	⑤ 직 업	
⑥ 주 소					
⑦ 발 병 일 시	년 월 일 시 분(24시간제에 따름)				
⑧ 사 망 일 시	년 월 일 시 분(24시간제에 따름)				
⑨ 사 망 장 소	주소				
	장소	[ ] 주택 [ ]의료기관 [ ] 사회복지시설(양로원, 고아원 등) [ ] 공공시설(학교, 운동장 등) [ ] 도로 [ ] 상업·서비스시설(상점, 호텔 등) [ ] 산업장 [ ] 농장(논밭, 축사, 양식장 등) [ ] 병원 이송 중 사망 [ ] 기타( )			

⑩ 사망의 원인 ※(나)(다)(라) 에는 (가)와 직접 의학적 인과관계가 명확한 것만을 적습니다.	(가)	직접 사인	발병부터 사망까지의 기간	
	(나)	(가)의 원인		
	(다)	(나)의 원인		
	(라)	(다)의 원인		
	(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황			
	수술의사의 주요소견		수술 연월일	년 월 일
	해부의사의 주요소견			
⑪ 사망의 종류	[ ] 병사 [ ] 외인사 [ ] 기타 및 불상			

⑫ 외인사 사항	사고 종류	[ ] 운수(교통) [ ] 중독 [ ] 추락 [ ] 익사 [ ] 화재 [ ] 기타( )	의도성 여 부	[ ] 비의도적 사고 [ ] 자살 [ ] 타살 [ ] 미상
	사고발생 일시	년 월 일 시 분(24시간제에 따름)		
	사고발생 장소	주소		
		장소	[ ] 주택 [ ]의료기관 [ ] 사회복지시설(양로원, 고아원 등) [ ] 공공시설(학교, 운동장 등) [ ] 도로 [ ] 상업·서비스시설(상점, 호텔 등) [ ] 산업장 [ ] 농장(논밭, 축사, 양식장 등) [ ] 기타( )	

「의료법」 제17조 및 같은 법 시행규칙 제10조에 따라 위와 같이 진단(검안)합니다.

년 월 일

의료기관 명칭 :

주소 :

의사, 치과의사, 한의사 면허번호 제 호

성 명: (서명 또는 인)

유 의 사 항

사망신고는 1개월 이내에 관할 구청·시청 또는 읍·면·동사무소에 신고하여야 하며, 지연 신고 및 미신고 시 과태료가 부과됩니다.

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡(재활용품)]

서식 17 코로나19 예방접종 예진표

- 코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. **☐ 동의 ☐ 동의안함**
- 코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

성 명		주민등록번호(외국인등록번호)	-	(☐남 ☐여)
전화번호	(집)	(휴대전화)		

예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항	**본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☑**
「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다. ▪ 개인정보 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 및 정보 관련 문자 등 ▪ 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화) ▪ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년	
1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. * 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.	☐ 예 ☐ 아니오
2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보, 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신 하는 것에 동의합니다. * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. ※ 다만, 예방접종자의 생명과 건강을 보호하기 위해 이상반응과 관련한 중요 정보 등의 경우는 동의 여부와 관계 없이 안내가 이루어질 수 있습니다.	☐ 예 ☐ 아니오

접 종 대 상 자 에 대 한 확 인 사 항	**본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☑**
① (여성) 현재 임신 중 입니까?	☐ 예 ☐ 아니오
② 이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.( )	☐ 예 ☐ 아니오
③ 코로나19 감염을 진단 받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.(년 월 일)	☐ 예 ☐ 아니오
④ 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까? ☞ **'아니오' 일 경우 ⑤번 문항으로** 있다면 마지막 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)	☐ 예 ☐ 아니오
④-1 코로나19 백신 접종 후 중증 알레르기 반응(아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까?(중증 알레르기 반응이 나타난 백신 종류:)	☐ 예 ☐ 아니오
④-2 코로나19 백신 접종 후 혈소판감소성 혈전증, 모세혈관 누출 증후군, 심근염/심낭염 등의 중증 이상반응이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? (중증 이상반응의 종류: , 이상반응이 나타난 백신 종류:)	☐ 예 ☐ 아니오
⑤-1 이전에 중증 알레르기 반응(아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 있다면 중증 알레르기 유발물질이 무엇인지 아시면 적어주십시오. ( )	☐ 예 ☐ 아니오
⑤-2 이전에 모세혈관 누출 증후군을 진단받은 적이 있습니까?	☐ 예 ☐ 아니오
⑥ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. ( )	☐ 예 ☐ 아니오
본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : 년 월 일	

의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란)		**확인 ☑**
체온 : ℃	예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음	☐
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음		☐
예진 결과	☐ 예방접종 가능	
	☐ 예방접종 연기(사유:)	
	☐ 예방접종 금기(사유:)	
이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명 : (서명)		

예 방 접 종 시 행 자 기 록 란		
제조회사	백신 제조 번호	접종부위
		☐ 좌측 상완 ☐ 우측 상완
접종자 성명: (서명)		

서식 18 의료기관 진료비내역 확인서

의료기관 진료비 내역

홍 길 동

진료기간	진료 기관명	진료 구분	진료비 총액	공단 부담금	환자부담 총액	정액간병비	삭감액※	보상금
계			3,933,104	2,260,580	1,672,510	300,000	200,000	1,772,510
2022-06-11	00병원	외래	825,339	413,841	411,490	-	-	411,490
2022-06-18 ~06-23	00병원	입원	3,004,110	1,785,634	1,218,470	300,000	200,000	1,318,470
2022-06-23	00병원	외래	10,800	0	10,800	-	-	10,800
2022-07-01	00병원	외래	64,355	41,105	23,250	-	-	23,250
2022-07-15	00병원	외래	28,500	20,000	8,500	-	-	8,500

보상금 = 환자부담 총액 + 정액간병비 - 삭감액

※ 삭감액: 병실차액, 보호자식비, 이상반응과 관계없는 진료비 등
(병실차액은 심의 후 지급 여부 결정)

서식 19 예방접종증명서

※ 코로나19 예방접종관리시스템을 통해 발급한 증명서 및 모바일 전자증명서 등으로 갈음할 수 있음

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 [별지 제16호서식] <개정 2020. 9. 11.>

제 호
No.

예방접종증명서
Certificate of Immunization

성명 Name		생년월일 Date of Birth(Month/Day/Year)	
		성별 Sex	
주소 Address			

접종명 Vaccine	접종차수 Vaccination Series	접종일 Date Given(Month/Day/Year)	접종기관 Provider/Clinic

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제27조 및 제33조의4제4항 및 같은 법 시행규칙 제22조에 따라 위와 같이 예방접종하였음을 증명합니다.

We hereby certify that all the above vaccinations were performed under Article 27 of the Infectious Disease Control and Prevention Act and Article 22 of the Enforcement regulations of the above-mentioned Act.

년 Year 월 month 일 day

질병관리청장, 특별자치도지사 또는 시장 · 군수 · 구청장, 의료기관장

직인 Seal

Governor of ( ) Special Self-Governing Province or
The head of ( ) Si/Gun/Gu, The head of ( ) medical institution

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡(재활용품)]

서식 20 백신 보관 장비의 온도기록 일지

백신 보관 장비 온도기록지

※ 접종기관에서 보유하고 있는 모든 백신 보관 장비 1대당 1장씩 작성 필요

접종기관명		보관장비명	예) 접종실 냉장고 ②
점검기간	2021. 5. 1. ~ 5. 31.	백신관리담당자	홍길동

일자		시간	보관장비 내 부온도(℃)	실내온도(℃)	점검자	일자		시간	보관장비 내 부온도(℃)	실내온도(℃)	점검자
1	오전	10:00	6.2℃	22.5℃	홍길동	16	오전	11:30	4.7℃	27.0℃	고길동
	오후	17:30	5.3℃	20.0℃	홍길동		오후	16:30	7.0℃	25.8℃	고길동
2	오전					17	오전				
	오후						오후				
3	오전					18	오전				
	오후						오후				
4	오전					19	오전				
	오후						오후				
5	오전					20	오전				
	오후						오후				
6	오전					21	오전				
	오후						오후				
7	오전					22	오전				
	오후						오후				
8	오전					23	오전				
	오후						오후				
9	오전					24	오전				
	오후						오후				
10	오전					25	오전				
	오후						오후				
11	오전					26	오전				
	오후						오후				
12	오전					27	오전				
	오후						오후				
13	오전					28	오전				
	오후						오후				
14	오전					29	오전				
	오후						오후				
15	오전					30	오전				
	오후						오후				
						31	오전				
							오후				

서식 21 코로나19 예방접종 국가보상을 위한 소액절차 요건 충족 확인서

(　　)시/도 (　　)년 (　　)월 코로나19 예방접종 피해보상을 위한 소액절차 요건 충족 확인서													
연번	이름	주민번호	접종백신의 제품명	접종 차수	접종기관명	이상반응 종류	접종일시 및 접종 이후 이상반응 발현 경과 시간		보상신청 금액			소액절차 요건 충족 여부 (O / X)	조사 의견
							접종일시	접종 후 이상반응 발현일시 (경과기간)	피해보상 신청금액①	피해보상 기존② 신청금액	합산③ 금액		
1	홍길동	000000-0000000	아스트라 제네카	1차	000	??	2021.2.26.	2021.2.26. (6시간)	20만원	-	20만원	O	
2	임꺽정	000000-0000000	화이자	2차	000	??	2021.9.10.	2021.9.11. (12시간)	40만원	-	40만원	X	
3	손오공	000000-0000000	아스트라 제네카	2차	000	??	2021.7.26.	2021.7.27. (24시간)	20만원	10만원	30만원	X	
4													
5													
6													
7													
8													
소액절차 요건 충족 총 건수 : _____건													

① 금번에 신청하는 피해보상 금액, ② 이전까지 신청했던 피해보상의 금액 합계,

③ 금번 신청 금액까지 합산한 피해보상신청의 총액(①과②를 합산한 금액)

※ 조사의견의 경우 조사 결과 등을 바탕으로 시·도에서 작성

서식 22 기간 연장 통지서

■ 코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법 시행규칙 [별지 제5호서식]

기간 연장 통지서

피해보상 청구인		생년월일		피접종인과의 관계	
접수일시		당초 결정기간			
연장 사유					
연장 결정기간					
그 밖의 안내사항					

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제13조제2항 및 같은 법 시행규칙 제4조제2항에 따라 귀하의 청구에 대한 결정기간이 위와 같은 사유로 연장되었음을 알려 드립니다.

년 월 일

질병관리청장 직인

서식 23 코로나19 예방접종 피해보상 결정 통지서

■ 코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법 시행규칙 [별지 제4호서식]

피해보상 결정 통지서

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제13조제1항 및 같은 법 시행규칙 제4조제1항에 따라 코로나19 예방접종 피해보상 결정을 통지합니다.

심의 차수						
피접종자 정보	성명		생년월일		접종정보	
심의 결과						

※ 「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제7조에 따른 코로나19 예방접종 피해보상위원회의 구체적인 심의 내용 및 보상 결정의 근거와 구체적 이유는 별지로 첨부합니다.

년 월 일

질병관리청장 직인

서식 24 피해보상 심의결과 이의신청서

■ 코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법 시행규칙 [별지 제6호서식]

이 의 신 청 서

피접종자	성 명		주민등록번호	-
	주 소		전화번호	
코로나19 예방접종피해보상 심의 결과 주요 내용				
결과 통지일	년 월 일			
이의신청의 이유				

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제14조제1항 및 같은 법 시행규칙 제5조제1항에 따라 피해보상 결정에 대하여 위와 같이 이의신청을 합니다.

년 월 일

신청인: (서명 또는 인)

피접종자와의 관계:

주 소:

전화번호:

질 병 관 리 청 장 귀하

첨부서류: 주장하는 사실을 증명할 수 있는 추가 자료(있을 경우에만 제출합니다)

비 고	1. 작성란이 부족한 경우에는 별지를 사용하실 수 있습니다. 2. 이의신청서에는 구체적인 이의내용을 적고 증거자료 등을 첨부하실 수 있습니다.

서식 25 이의신청 결과 통보서

■ 코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법 시행규칙 [별지 제7호서식]

이의신청 결과 통보서

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제14조제3항 및 같은 법 시행규칙 제5조제3항에 따라 코로나19 예방접종 피해보상의 결정에 대한 이의신청 결과를 통보합니다.

심의 차수						
피접종자 정보	성명		생년월일		접종정보	
심의 결과						
안내사항	이 결정에 불복하여 행정심판 또는 행정소송을 제기하려는 경우에는 다음의 내용을 참조하시기 바랍니다. 1. 행정심판 또는 행정소송은 이의신청이 기각된 경우에는 원처분(原處分: 이의신청의 대상이 된 당초의 처분을 말합니다)을 대상으로 하고, 이의신청 결과 처분이 변경된 경우에는 변경된 처분을 대상으로 합니다. 2. 행정심판 및 행정소송은 그 결과를 통지받은 날(통지기간 내에 결과를 통지받지 못한 경우에는 통지기간이 만료되는 날의 다음 날)부터 90일 이내에 제기할 수 있습니다. 3. 행정심판을 제기하려는 경우 질병관리청장이나 중앙행정심판위원회에 심판청구서를 제출하시면 됩니다(「행정심판법」 제23조제1항). 4. 행정소송을 제기하려는 경우 「행정소송법」 제9조에 따른 행정법원에 제기하시면 됩니다(「행정소송법」 제9조).					

년 월 일

질병관리청장 직인

서식 26 코로나19 예방접종 이후 이상반응 피해보상금 직접수령 확인서

확인서

(코로나19 예방접종 이후 이상반응 피해보상금 직접수령)

보상대상자	성 명	
	생년월일	
	전화번호	
피해보상금액		
직접수령 사유		

위의 사유로 코로나19 예방접종 후 이상반응 피해보상금을 (*피해보상금액*)을 본인이 직접 수령하였음을 확인함.

년 월 일

보상대상자 : (서명 또는 인)

서식 27 코로나19 예방접종 이후 사망위로금 신청서

코로나19 예방접종 이후 사망위로금 지원사업 신청서

접수번호		접수일자
신청인	성명	주민등록번호
	전화번호	대상자와의 관계 (우선순위 유족 확인 필수)
	주소	
신청종류	□ (①사인불명) ①-1부검후 사인불명위로금, ①-2부검미실시사례 사인불명위로금 □ (②시간근접) □ (③특이경과)	
지원대상자 (사망자)	성명	주민등록번호
	주소	
예방접종의 내용	예방접종의 종류	
	접종 장소	접종 일시

코로나19 예방접종 사망위로금 지원사업 시행에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 귀하

신청인 제출서류	1. 지원대상자(사망자) 기준 가족관계증명서 1부 2. 신청인이 우선순위 유족임을 증명하는 서류 1부 (가족관계증명서로 증명 될 경우 생략 가능) 3. 코로나19 예방접종 이후 지원사업 대상자 계좌번호 제출양식	수수료 없음
시장·군수·구청장 확인사항	1. 신청인 본인 여부 확인 2. 신청인이 지원대상자(사망자)의 우선순위 유족인지 확인	

행정정보 공동이용 동의서	동의
1. 본인은 이 건 업무 처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장의 확인에 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 해당 서류를 제출해야 합니다. 2. 본인은 이 건 업무 처리와 관련하여 질병관리청이 위탁한 기관에 개인정보를 제공하는 것에 동의합니다.	(서명)

유 의 사 항	동의
향후 코로나19 예방접종과 이상반응과의 인과성이 확인되어 「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제5조에 따른 보상금을 지급받는 경우에는 이 사업에 따라 지원받은 금액을 감액하고 받게 됩니다.	(서명)

유족 중 우선순위

☞ 유족 중 우선순위자 (「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령」 제30조 제2항 및 제3항)

▸ 1순위: 사실상의 혼인관계에 있는 자를 포함한 배우자

▸ 2순위: 자녀, 3순위: 부모, 4순위: 손자·손녀, 5순위: 조부모, 6순위: 형제자매

처리절차

신청서작성	→	접수·구비서류제출	→	지원결정	→	지급
신청인		시장·군수·구청장→시·도지사→질병관리청		질병관리청		

210㎜×297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)]

서식 28 코로나19 예방접종 이후 사망위로금 지원사업 계좌번호 제출양식

코로나19 예방접종 이후 사인불명·시간근접등에 관한 사망위로금 지원사업 계좌번호 제출양식

연번	지원대상자		신청자		계좌번호			비 고
	성명	주민등록번호	성명	주민등록번호	은행명	예금주	계좌번호	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

* 인터넷은행(카카오뱅크, 토스뱅크, 케이뱅크 등) 계좌는 불가하며, 농협은행 계좌인 경우 농협중앙회 또는 지역농축협인지 기재해 주시기 바랍니다.
* 신청자의 계좌만 가능