



상 병 확 인 서

| | | | | |
|-------------|---------|-------|---------|-------|
| 상 병 자 | 성 명 | | 회 원 번 호 | |
| | 생 년 월 일 | 년 월 일 | 소 속 기 관 | |
| | 자 택 주 소 | | | |
| | 자택전화번호 | () - | 휴대전화번호 | () - |

| | | |
|------------------|---------|--|
| 상 병 내 용 | 상 병 명 | |
| | 발 생 일 | 20 년 월 일 |
| | 경 과 과 정 | <p>※ 상병발생시부터 상병퇴직시까지의 치료과정을 간략히 기재</p> |
| 첨 부 서 류 | | <p>▶ 진단서(건강보험 지정의료기관 발행) 1부</p> <p>▶ 장애폐질등급 결정서(공상의 경우) 1부 (공무원연금관리공단 또는 사립학교교직원연금관리공단 발행)</p> |

위의 상병 내용이 사실과 다름이 없음을 확인합니다.

20 년 월 일

분회장
(소속기관장)

직인



개인(신용)정보 수집 · 이용 동의서(필수)

개인(신용)정보 수집·이용에 관한 사항

한국교직원공제회의 상병급여금 지급과 관련하여 본인의 개인(신용)정보를 수집 · 이용하고자 하는 경우에는 [개인 정보 보호법] 제15조, 제22조, 제23조, [신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률] 제15조 및 제32조, [한국교직원공 제회법] 제25조의2에 따라 동의를 얻어야 합니다.

| | |
|---|--|
| 수 집 · 이 용 목 적 | <ul style="list-style-type: none"> 상병급여금 지급 · 관리 법령상 의무이행, 상병급여금 지급과 관련한 분쟁 해결 및 민원 처리 |
| 수 집 · 이 용 할 항 목 | <ul style="list-style-type: none"> 상병급여금 지급과 관련한 자격요건 정보(민감정보:질병명,장해폐질등급정보) |
| 보 유 · 이 용 기 간 | <ul style="list-style-type: none"> 거래 종료일로부터 5년(단, 거래 종료일 후에는 분쟁해결, 민원처리, 법령상 의무이행 및 본회의 리스크 관리업무를 위한 경우에 한하여 보유 · 이용 됩니다.) <p>※ 거래 종료일이란 본회와 거래 중인 모든 공제제도의 해지 및 서비스가 종료한 날을 의미합니다.</p> |
| 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불 이 익 | <ul style="list-style-type: none"> 위 개인(신용) 정보 수집 · 이용에 관한 동의는 상병급여금 지급을 위하여 필수적이므로 위 사항에 동의하셔야만 상병급여금 지급과 관련한 업무처리가 가능합니다. |
| 개 인 (신 용) <민감정보>정 보수집 · 이용 동 의 여 부 | <ul style="list-style-type: none"> 본회가 위와 같이 본인의 개인(신용)<민감정보>정보를 수집 · 이용하는 것에 동의합니다. <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 </p> |

20 년 월 일

본인

서명(인)