[Mẫu số 2]<Sửa đổi 1.5.2015.>

|  |
| --- |
| Bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động |
| Đơn đăng ký tiền lương chăm sóc y tế và lương nghỉ việc  |
| ※ Mong các bạn điền toàn bộ vào ô chung và đánh dấu [☑] vào ô đăng ký tương ứng. **(Mặt trước)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Số hồ sơ nộp | Ngày nộp | Thời gian xử lý : 7 ngày |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Người** **bị** **tai nạn** | **Họ và tên (Người nước ngoài ghi họ tên bằng tiếng Anh như trên thẻ đăng ký người nước ngoài viết hoa)** | **Số đăng ký chứng minh (Số đăng ký người nước ngoài)** |
| **Địa chỉ:** | Điện thoại di động: Số điện thoại:  |
| **Ngày giờ xảy ra tai nạn** |  Giờ phút ngày tháng năm  | Thư điện tử(E-mail) |
| Ngày tuyển dụng: Ngày tháng năm  | Quốc tịch: | Ngành nghề: |
| Giờ vào làm: | Giờ tan làm: | Thời gian bắt đầu là việc: |
| **Loại hình công việc:** □Thường xuyên □Tạm thời □Thuê theo ngày | **Hình thức tuyển dụng:**□Chính thức □ Khôngchính thức |
| **Quan hệ với người tham gia bảo hiểm:** | □Chủ doanh nghiệp thực tế □Nhà thầu phụ □Người cùng kinh doanh □Vợ hoặc chồng □Bố mẹ □Con cái □Anh chị em□Quan hệ ruột thịt khác ( )□Không có |

**------------------------------------------------------------------------------------------------------**

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]****Chăm** **Sóc****y** **tế** | **Phân loại đăng ký □Chăm sóc ban đầu □Chăm sóc lại □Chuyển viện □Điều trị song hành □ Ngừng điều trị**※ Các bạn có thể yêu cầu kèm theo lương nghỉ việc (mặt sau) khi đăng ký chăm sóc ban đầu và chăm sóc lại.. |
| **Số quản lý doanh nghiệp** | -(Mã số kinh doanh: ) |
| **Nguyên nhân tai nạn và hoàn cảnh phát sinh** (Có thể sử dụng giấy đính kèm riêng)

|  |
| --- |
|  |
| **① Bạn đã khai báo (trình báo) do uống rượu hoặc lái xe sau khi uống rượu liên quan đến tai nạn trên đây tại đồn cảnh sát không?** | **□ Có □ Không** |
| **② Bạn đã khai báo (trình báo) về tai nạn, cấp cứu cứu hộ liên quan đến tai nạn trên đây tại 119 hay cơ quan phòng cháy chữa cháy không?** | **□ Có □ Không** |
| **③ Bạn đã khai báo về tai nạn (sự cố) liên quan đến tai nạn trên đây tại đồn cảnh sát không?** | **□ Có □ Không** |

※ Trong trường hợp khai sai thực tế các nội dung chính như bối cảnh xảy ra tai nạn để nhận thanh toán bảo hiểm thì sẽ bị xử phạt như thu hồi các khoản lợi nhuận không chính đáng vv… theo điều 84 「Luật bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động」nên các bạn phải khai cụ thể và chính xác.※ Cách lập: Mong các bạn ghi rõ đã bị tai nạn như thế nào và vì lý do gì, ở đâu (địa điểm cụ thể), để làm gì (nội dung, mục đích công việc), sử dụng gì (công cụ làm việc, vật chất sử dụng) đang làm như thế nào(bối cảnh, thao tác, di chuyển). |
| Trường hợp có người chứng kiến: Họ tên ( ), Điện thoại liên lạc ( ), Quan hệ với người bị tai nạn ( ) |
| Trường hợp có người gây ra: Họ tên ( ), Điện thoại liên lạc ( ), Quan hệ với người bị tai nạn ( ) |
| Cơ quan y tế được thăm khám (điều trị) trước cơ quan y tế đang chăm sóc hiệu nay kể từ sau khi xảy ra tai nạn․Tên cơ quan y tế: ․ Địa điểm:․ Tên cơ quan y tế: ․ Địa điểm: |
| **Lý do phải chăm sóc lại** | Lý do | □ Loại bỏ vật cố định bằng kim loại bên trong □ Chăm sóc vì triệu chứng nghiêm trọng hơn □Vật lý trị liệu□ Điều trị thêm mang tính phẫu thuật do triệu chứng nghiêm trọng hơn □Chăm sóc để lắp chân tay giả □Khác |
| Ghi rõ trường hợp sẽ phẫu thuật | Bộ phận phẫu thuật: Ngày dự kiến phẫu thuật: Ngày tháng năm |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tôi xin xác nhận nội dung liên quan đến việc đăng ký chi phí chăm sóc y tế và yêu cầu lương nghỉ việc là đúng sự thật.**Ngày tháng năm Tên doanh nghiệp ☎Địa điểm**Người đăng ký bảo hiểm (Chủ doanh nghiệp)**(Đóng dấu) | **Tôi đăng ký (yêu cầu) như trên đây.**Ngày tháng năm**Người đăng ký (Người yêu cầu )** (Ký hoặc đóng dấu)Người đại diện (Ký tên) |
| **※**Đối với người bị thiệt mạng hoặc tai nạn phải nghỉ làm từ 3 ngày trở lên phải nộp bảng khảo sát tai nạn lao động cho Cơ quan lao động địa phương trong vòng 1 tháng kể từ ngày xảy ra tai nạn. |
| **※**Nếu không thể xin chữ ký hoặc con dấu của người tham gia bảo hiểm (chủ doanh nghiệp) thì lược bỏ phần xác nhận và có thể nộp đơn đăng ký. Trong trường hợp này, Cơ quan phúc lợi lao động sẽ gửi ý kiến tới người tham gia bảo hiểm (chủ doanh nghiệp) để giải quyết đơn đăng ký theo khoản 3 điều 20 ｢Quy tắc thi hành Luật bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động｣※ Trong trường hợp người đăng ký cử người đại diện thì phải nộp 「Đơn khai báo cử người đại diện」tại Cơ quan phúc lợi lao động. |

|  |
| --- |
| **[Kê khai nội dung yêu cầu lương nghỉ việc và các bồi thường (đền bù) khác vv…ở mặt sau.**  |

 **(Mặt sau)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※ Hồ sơ cần thiết khi đăng ký chi phí chăm sóc y tế※1. Bản ý kiến đánh giá lần đầu (Chăm sóc điều trị lần đầu hoặc chăm sóc điều trị lại) 1 bộ.2. Lời khai của người có liên quan hoặc giấy tờ có liên quan để xác nhận sự thực và bối cảnh xảy ra tai nạn như bản sao lời khai có liên quan vv… tại cơ quan hành chính (đồn cảnh sát), và người chứng kiến 1 bộ3. Trường hợp đã nhận tiền bạc tương ứng với lương bảo hiểm từ bên thứ 3 hoặc người tham gia bảo hiểm (chủ doanh nghiệp) và trường hợp đã nhận bồi thường hoặc đền bù theo 「Luật dân sự」 hoặc quy định pháp lý khác, nộp kèm giấy tờ như chi tiết tiền đã nhận và phán quyết có thể xác nhận số tiền, bản thỏa thuận vv….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lương****nghỉ****việc** | **Thời gian yêu cầu lương nghỉ việc** | . . . ~ . . . |
| **Số tài khoản và tên ngân hàng nhận** | **Tên ngân hàng:** Số tài khoản**:** (Người nhận: ) |
| **<Nội dung kiểm tra người bị tai nạn>****① Bạn đã từng nhận lương từ chủ doanh nghiệp trong thời gian yêu cầu lương nghỉ việc không? 1.Có( ) 2.Không( )****② Bạn có từng tìm việc làm trong thời gian yêu cầu lương nghỉ việc không? 1.Tìm việc( ) 2.Không thể tìm việc ( )****③ Bạn muốn đăng ký thanh toán tự động lương nghỉ việc không? 1.Có ( ) 2. Không ( )**

|  |
| --- |
| ※ Những điều cần lưu ý khi kê khai ※1. **｢Tìm việc｣** là khái niệm bao gồm không chỉ làm việc tại doanh nghiệp hoặc doanh nghiệp khác vào thời điểm xảy ra tai nạn mà bao gồm cả việc tự kinh doanh hoặc phục hồi sinh kế như học hành vv…2. Trong trường hợp khó chờ đợi thời gian không thể tìm việc do chăm sóc y tế như thời gian lưu trú ở nước ngoài, thời gian được tiếp nhận trong các cơ sở cải huấn vv..trong thời gian yêu cầu lương nghỉ việc thì không thể nhận thanh toán lương nghỉ việc.3. Trường hợp nhận lương nghỉ việc bằng các hành vi giả mạo hoặc phương pháp không chính đáng khác trong thời gian đã tìm việc hoặc thời gian khác không phải thời gian nghỉ dưỡng điều trị do tai nạn thì sẽ phải nộp số tiền tương đương gấp 2 lần số tiền đã được thanh toán do hành vi thu lợi bất chính cho Cơ quan phúc lợi lao động.4. Trong trường hợp đã nhận số tiền tương đương lương nghỉ việc từ người tham gia bảo hiểm (chủ doanh nghiệp) thì không thể nhận lương nghỉ việc trùng lặp.※ Người tham gia bảo hiểm (chủ doanh nghiệp) đã thanh toán số tiền tương đương lương nghỉ việc cho người bị tai nạn thì cần nộp kèm giấy tờ chứng minh thực tế đã thanh toán (sổ lương chi tiết thanh toán chuyển khoản vv…) lên Cơ quan phúc lợi lao động để có thể yêu cầu thanh toán lương nghỉ việc. 5. **｢Thanh toán tự động lương nghỉ việc｣**là chế độ thanh toán lương nghỉ việc 1 lần trong thời gian nhập viện chăm sóc điều trị (ngoại trừ thờ gian điều trị ngoại trú).6. Trường hợp khó tính toán mức lương bình quân trong thời hạn xử lý đơn yêu cầu lương nghỉ việc sẽ tính toán bằng số tiền thanh toán lương nghỉ việc theo ngày của mức lương tối thiểu để đảm bảo sinh sống cho người bị tai nạn để ưu tiên thanh toán và trong trường hợp có chênh lệch sau khi tính xong mức lương bình quân sẽ được thanh toán bổ sung.7. Người lao động làm công nhật sẽ được áp dụng mức lương bình quân là lương ngày x 0.73 theo điều 23 「Pháp lệnh thi hành Luật bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động」.※ Hồ sơ cần chuẩn bị để yêu cầu thanh toán lương nghỉ việc※1. Sổ lương trong 4 tháng liền kề trước đó bao gồm tháng đã xảy ra tai nạn (Lưu ý, trong trường hợp có trợ cấp nghỉ phép và tiền thưởng thì phải có sổ lương trong 12 tháng)2. Trường hợp lao động công nhật thì phải có giấy tờ có thể kiểm tra ngày công hoặc hợp đồng công nhật |

 |
| **Bồi** **thường****khác** | **①Bạn đã từng nhận tiền bồi thường hoặc đền bù theo Luật dân sự hoặc các luật khác với cùng một lý do với tai nạn này không? 1.Có ( ) 2.Không ( )****② Trường hợp đã nhận tiền bồi thường hoặc đền bù chỉ cần đánh dấu vào ô “Có” trong mục 1 ở trên.** |
| Ngày nhận | Số tiền đã nhận | Người (cơ quan) thanh toán hoặc đơn vị thanh toán | Hồ sơ đính kèm |
|  |  |  | 1. Bản thỏa thuận 2. Phán quyết (hoặc quyết định)3. Hóa đơn 4. Khác |
| **Tôi cam đoan toàn bộ nội dung kê khai như yêu cầu lương nghỉ việc và các khoản bồi thường khác vv… là sự thật và yêu cầu thanh toán như trên.****Người yêu cầu**(Ký hoặc đóng dấu) |
| ※ Nếu nhân viên Cơ quan phúc lợi xã hội có yêu cầu tiền bạc hoặc vòi vĩnh liên quan đến công việc thì mong quý vị hãy báo cho Trung tâm khai báo tư vấn thanh liêm (052-704-7926).※ Nếu khai báo các trường hợp dùng phương pháp không chính đáng, giả mạo để nhận lương bảo hiểm tai nạn cho Trung tâm khai báo nhận bồi thường tai nạn không chính đáng (052-704-7474) quý vị sẽ được nhận tiền thưởng. |

 |

**------------------------------------------------------------------------------------------------------**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nội****dung** **chung** | Bạn có ý định sẽ tiếp tục làm việc tại doanh nghiệp đó sau khi điều trị (kết thúc điều trị) không ? □ Có □ Không |
| **Bản đồng ý sử dụng thông tin cá nhân** |
| ▫Mục đích sử dụng Gửi tin nhắn hướng dẫn cung cấp dịch vụ có liên quan đến bảo hiểm tai nạn do Cơ quan phúc lợi lao động đang thực hiện và thư cảm ơn khách hàng▫Thông tin sử dụng :Họ tên, địa chỉ, số điện thoại (điện thoại bàn và điện thoại di động), địa chỉ email▫Thời gian sử dụng : 5 năm kể từ ngày đồng ý sử dụng▫Hướng dẫn quyền từ chối không đồng ý : Người đăng ký có thể từ chối đồng ý cung cấp thông tin cá nhân và trong trường hợp này sẽ bị hạn chế các dịch vụ do Cơ quan phúc lợi lao động cung cấp. | □Đồng ý□Không đồng ý | Họ tên: (Ký hoặc đóng dấu) |
| ※Chúng tôi xin thông báo việc thu thập thông tin cá nhân không cần thủ tục đồng ý riêng theo「Luật bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động」 và nghị định thi hành Luật này, và thông báo liên quan đến quyết định lương bảo hiểm không có liên quan đến bản đồng ý sử dụng thông tin cá nhân theo điều 36 「Luật bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động」 và điều 21 nghị định thi hành Luật. |
| < Giấy ủy quyền (đồng ý) thay mặt đăng ký chi phí chăm sóc y tế và yêu cầu lương nghỉ việc>Tôi đồng ý cho cơ quan y tế bảo hiểm tai nạn dưới đây thay mặt □ đăng ký chi phí chăm sóc y tế, □ yêu cầu lương nghỉ việc và nộp lên Cơ quan phúc lợi lao động[Bao gồm cả việc nộp đơn thông qua trang web dịch vụ toàn bộ bảo hiểm tai nạn lao động – tuyển dụng (total.kcomwel.or.kr)]. |
| **Người ủy quyền (Người đăng ký)**(Ký hoặc đóng dấu) | **Người được ủy quyền (Cơ quan y tế)**(Đóng dấu) |
| Kính gửi văn phòng tại địa phương (chi nhánh) Cơ quan phúc lợi lao động  |

|  |
| --- |
| (210mm×297mm, Giấy trắng 80g/㎡) |

[Mẫu số 3]

※ Không điền vào ô có phần gạch chân tại cơ quan y tế (Mặt trước)

|  |
| --- |
| Bản ý kiến bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động(□Chăm sóc ban đầu □Chăm sóc lại □Chuyển viện □Điều trị song hành□Ngừng điều trị) |
|  |
| ① Họ và tên **(Người nước ngoài ghi họ tên tiếng Anh)** | ② Số đăng ký chứng minh **(Số đăng ký người nước ngoài)** | ③ Ngày xảy ra tai nạn |
|  |  | Ngày tháng năm |
| ④ Ngày điều trị đầu tiên sau tai nạn | Ngày tháng năm ( : ) | 󰏚Tại cơ sở y tế này󰏚 Cơ quan y tế khác |
| ⑤ Ngày giờ đến bệnh viện đầu tiên | Ngày tháng năm ( : ) |
| ⑥ Cách đến bệnh viện | □Đi bộ □Xe cấp cứu □Xe ô tô khác ngoài xe cấp cứu □Khác ( ) |
| ⑦Bối cảnh bị tai nạn người bị nạn đã khai báo với cơ quan y tế (Trường hợp đăng ký chăm sóc điều trị lại thì ghi rõ tên bệnh và lý do) |  |
| ⑧ Triệu chứng ban đầu do tai nạn(Như nội dung bệnh nhân trình bày) | Ngày tháng năm ( : ) Phát sinh đầu tiên | ⑨ Mất nhận thức khi xảy ra tai nạn (□Có □Không) |
|  | Nội dung triệu chứng |  |
| ⑩ Triệu chứng của bệnh nhân hiện nay(Như biểu hiện của bệnh nhân) |  |
| Ý kiến tổng hợp về trạng thái bệnh(Kiểm tra nhiệt độ - y học chính vv…)※ Ý kiến chi tiết có thể sử dụng bảng riêng |  |
| ⑫ Kiểm tra chính |
| □Chụp X quang □Chụp CT□Chụp cộng hưởng từ (MRI)□Chụp cộng hưởng từ mạch máu (MRA)□Chụp tim mạch, huyết quản □Chụp hình xương □Chụp PET□Siêu âm □Nội soi □Nội soi khớp □Điện đô cơ (thần kinh) □Chức năng phổi □Sinh thiết □Đo nhiệt hồng ngoại□Trạng thái thần kinh □Về mặt tâm lý học □Nội dung đặc biệt khác ( ) |
| ※ Ghi ý kiến chính hoặc đính kèm bản kết quả |
| ⑬ Bệnh đã có (Tiền sử bệnh) |
| Cao huyết áp(□Có □Không) Thuốc huyết áp (□Chưa dùng □Dùng không định kỳ □Dùng định kỳ) Bệnh tăng lipid máu(□ Có □ Không) Tiền sử gia đình có bệnh mãn tính(□ Có □ Không)Tiểu đường(□ Có □ Không) Điều trị tiểu đường(□ Chưa dùng □Dùng thuốc nước □Insulin) Bệnh lao(□ Có □ Không) Viêm gan(□ Có □ Không)□ Nội dung đặc biệt khác ( ) |
| Bạn có từng điều trị tại cùng bệnh viện cho các bệnh tương tự trước khi xảy ra tai nạn không (□ Có □ Không) |
| Nội dung đặc biệt khác(Ngày giờ. phẫu thuật․bộ phận․cơ quan y tế) |  |
| ⑭ Tên bệnh và mã bệnh |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mã bệnh** | **Bệnh nặng/****phụ/phái sinh** | **Mã bệnh** **(Tiêu chuẩn KCD)** | **Tên bệnh chi tiết (Tên chuẩn đoán)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
| **(Mã bệnh)** Ghi lần lượt từng mã bệnh Phần đầu (Não, xương sọ, da đầu), mắt, tai (Bên trong/ngoài), phần mặt, cổ, cánh tay, bàn tay/ngón tay, ngực/lưng, thắt lưng, mông, cẳng chân, bàn chân/ngón chân, khu vực phức tạp, cơ quan tuần hoàn, cơ quan hô hấp, cơ quan tiêu hóa, cơ quan tiết niệu//sinh sản, hệ thần kinh, vùng bụng, toàn thân, các bộ phận khác**(Bệnh nghiêm trọng/phụ/phái sinh)** Bệnh nghiêm trọng chỉ có thể ứng với một mã bệnh trong trạng thái chính theo bảng hướng dẫn phân loại bệnh tiêu chuẩn của Hàn Quốc.**(Mã bệnh)** Tên bệnh được xác định (cuối cùng) phải được mã hóa bằng mã từ thấp lên cao trong bảng phân loại bệnh tiêu chuẩn của Hàn Quốc , và mã hóa bằng mã tương ứng với trạng thái bệnh và không sử dụng mã liên quan giải thích các nguyên nhân bên ngoài của bệnh (Mã phân loại lớn V,Y,Z) trong bảo hiểm tai nạn lao động.**(Ví dụ sai sót)** Việc ghi nhiều bệnh không thể mã hóa thành một bệnh thành một, không kiểm tra bệnh theo tổn thương hoặc triệu chứng và mã hóa thành tổn thương (hoặc bệnh mã S) trong mã phân loại M trên bảng phân loại bệnh tiêu chuẩn của Hàn Quốc. |

(Mặt sau)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑮Nhập viện | Thời gian dự kiến | Ngày tháng năm ∼Ngày tháng năm ( tuần) |
| Lý do | □Phẫu thuật □Khó khăn về nhận thức □Cố định bằng thiết bị bên ngoài □Cố định bằng bông băng, thạch cao □Ổn định hoàn toàn □Ổn định và bảo vệ □Không thể di chuyển □Khác |
|  |
|  |
| ⑯Điều trị ngoại trú | Thời gian dự kiến | Ngày tháng năm ∼Ngày tháng năm ( tuần) |
| Lý do |  |
| Có điều trị khi làm việc không(Vừa làm việc vừa điều trị) | ※ Điều trị khi làm việc (vừa làm việc vừa điều trị) là trạng thái có thể vừa điều trị vừa đi làm (chuẩn đoán về mặt y học) |
| 󰏚 Có thể vừa điều trị vừa làm việc bình thường 󰏚 Có thể vừa điều trị vừa làm việc một phần 󰏚Không thể vừa điều trị vừa làm việc : Đánh giá lại khả năng sau ( ) tháng sau |
|  |
|  |
| ⑰Chuyển viện | Tên cơ quan y tế sẽ chuyển đến Địa điểm: Lý do chuyển viện:※.Chuyển viện có nghĩa là thay đổi từ cơ quan y tế đang chăm sóc hiện nay sang một cơ quan y tế khác để điều trị chuyên môn hoăc cơ sở sinh hoạt vv…. |
|  |
| ⑱ Chuyên khoa điều trị cần thiết khi điều trị song hành – điều trị hỗ trợ |  |
| ⑲ Tên bệnh sẵn có cần điều trị đồng thời tiếp tục |  |
| Cần điều trị chuyên môn phục hồi | 󰏚 Tư vấn tâm lý 󰏚 Điều trị phục hồi tập trung\* 󰏚 Đánh giá sau 󰏚 Không cần thiết(\*Đối tượng bệnh nhân bị bệnh khớp vai,, khớp hông, khớp gối, bệnh cột sống, bệnh về mạch máu não ) |
|  |
| **<Hồ sơ đính kèm>** | **1. Các loại giấy tờ kiểm tra có thể xác nhận bệnh nghề nghiệp đăng ký và bản kết quả, mỗi thứ 1 bộ****2. Ảnh màu vị trí bị cắt, loét, bỏng, chấn thương nghiêm trọng** **3. Trường hợp bị bệnh thần kinh, các bản kết quả kiểm tra và ghi chép công việc như điều trị cấp cứu hoặc ghi chép điều trị lần đầu có thể** **chứng minh về mặt y học căn cứ điều trị, mỗi thứ 1 bộ.( Kiểm tra chức năng tuyến giáp, kiểm tra tâm lý học, kiểm tra trạng thái thần kinh,** **kiểm tra điện tâm đồ, kiểm tra điện não đồ, kiểm tra hình ảnh não bộ vv…)** |
|  |
| **Tôi xác nhận nội dung ghi trên đây đúng sự thực.**Ngày làm đơn Ngày tháng năm |
| Địa chỉ cơ quan y tếTên cơ quan y tế (Đóng dấu) | Số bằng bác sỹ : Số Chuyên khoa :(Chuyên khoa : Số )Họ và tên :(Đóng dấu) |
| Kính gửi văn phòng tại địa phương(chi nhánh) Cơ quan phúc lợi lao động |
|  |
| **Ý kiến của bác sỹ tư vấn** |  |
|  |
| **Ngày tháng năm Bác sỹ tư vấn** (Ký hoặc đóng dấu) |
| (210mm×297mm, Giấy trắng 80g/㎡) |