

■ 의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 시행규칙 [별지 제2호서식] <개정 2016. 11. 30.>

의료분쟁 조정신청서(보건의료기관개설자·보건의료인용)

본

※ []에는 해당하는 곳에 √표를 하고 ()에는 해당 내용을 선택하거나 적습니다. 연락처는 지역번호까지 적습니다. (앞쪽)

사건번호	접수일	조정일	처리기간	90일(120일)
------	-----	-----	------	-----------

신청인	① 당사자 (보건 의료기관 개설자)	성명/법인명 (기관명)	의료법인 갑을병정 의료재단	사업자등록 번호	104-82-12314	업무담당자 성명	원무팀장 000	
		주소	(우편번호) 00100 서울 중구 후암로 900 ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기			의료분쟁 진료 과목 및 분야	정형외과	
		연락처	02-0000-0000					
		e-mail	kebj@email.com	팩스번호			문자메시지 수신	[<input checked="" type="checkbox"/>]원함 []원치 않음
	② 당사자 (보건 의료인)	성명	김갑을	생년월일	1970. 10. 10.	성별	남	
		소속 보건 의료기관명	의료법인 갑을병정의료재단 갑을병정 병원			직위	정형외과장	
		주소	(우편번호) 00100 서울 중구 후암로 900 ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기					
		연락처	(휴대폰) (직장) 02-0000-0000 (주택)					
		진료 과목 및 분야	<input type="checkbox"/> 내과(소화기, 심장, 기타) [<input checked="" type="checkbox"/>] 외과(일반, 성형, 정형, 신경, 흉부) <input type="checkbox"/> 산부인과/소아청소년과 [<input type="checkbox"/>] 안과/이비인후과 [<input type="checkbox"/>] 피부과/비뇨기과 <input type="checkbox"/> 치과 [<input type="checkbox"/>] 한방 병원·의원 [<input type="checkbox"/>] 약국 <input type="checkbox"/> 기타()					
		e-mail			팩스번호			문자메시지 수신

신청인의 대리인	성명	김 조 정	생년월일	1975. 12. 1.	성별	남	
	관계	[<input checked="" type="checkbox"/>] 임직원 [] 변호사 [] 그 밖에 당사자로부터 대리권을 받은 사람()					
	주소	(우편번호) 00100 서울 중구 후암로 900 ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기					
	연락처	(휴대폰) 010-0000-0000 (직장) 02-0000-0000 (주택)					
	e-mail	kcj@email.com		팩스번호			문자메시지 수신

피 신 청 인	④ 환자	성명	(망)홍길동	생년월일	1925. 1. 1.	성별	남	
		주소	(우편번호) 04637 서울 중구 후암로 110 ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기					
		연락처	(휴대폰) (직장) (주택)					
	⑤ 상속인	성명	홍 조 정	생년월일	1955. 2. 2.	성별	남	
		환자와의 관계	망 000(생년월일 □□□□□□)의 [] 배우자, [] 직계비속, [] 직계존속, [] 기타()					
		주소	(우편번호) 04637 서울 중구 후암로 110 ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기					
연락처	(휴대폰) 010-1234-0000 (직장) (주택)							

⑥ 조정신청 내용	의료분쟁 내용	무릎 인공관절 수술 후 사망 ※ 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용은 별지에 적습니다.					
	조정신청액	-	수수료	※ 신청금액에 따라 소정의 수수료가 부과됩니다.			
	환자 상태	[<input checked="" type="checkbox"/>] 사망, [] 1개월 이상의 의식불명, [] 장애 1급, [] 그 밖의 경우()					

⑦ 의료분쟁 해결 시도 내용	위 조정신청 관련 의료분쟁의 해결을 위해 조정신청 이전에 시도한 내역을 해당 항목에 체크(√)하시고, "그 밖의 경우"에 해당하는 경우에는 그 내용을 적어 주십시오(해당 사항이 없는 경우에는 적지 않습니다). [] 민사소송의 제기 [] 소비자분쟁조정위원회에 조정신청 [] 그 밖의 경우() ※ "그 밖의 경우"의 예: 의료기관(의료인)과 합의 시도, 관련 기관(단체)에 구제신청, 법원에의 조정신청 등
-----------------------	--

「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조제1항 및 같은 법 시행규칙 제7조에 따라 의료분쟁의 조정을 신청합니다.

※ [] 조정신청 사건 관련 감정완료시 감정서 배부를 신청합니다(수령방법: [] e-mail, [] 팩스).

⑧ 신청인 (또는 대리인) **김 조 정** 2016년 11월 30일 (서명 또는 날인) **김 조 정**

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

첨부서류	1. 법인 등기사항증명서(법인인 경우만 해당합니다.)
	2. 보건의료기관 개설을 증명할 수 있는 증명서 사본(보건의료기관개설자의 경우만 해당합니다.)
	3. 보건의료인임을 증명할 수 있는 면허증 또는 자격증 사본, 보건의료기관에 근무하고 있음을 증명하는 서류 (보건의료인의 경우만 해당합니다.)
	4. 위임장 및 신청인과 대리인의 관계를 증명하는 서류(대리인이 신청하는 경우만 해당합니다.)
	5. 의료사고 경위 등 분쟁 내용을 적은 서류
	6. 의료분쟁의 조정신청 대상인 의료사고가 법 제27조제9항에 따른 의료사고에 해당하는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따른 서류
가. 사망: 사망진단서 또는 시체검안서 등 사망을 증명할 수 있는 서류와 해당 사망과 관련된 진료기록 사본	
나. 1개월 이상의 의식불명: 진단서 또는 소견서 등 1개월 이상의 의식불명을 증명할 수 있는 서류와 해당 의식불명과 관련된 진료기록 사본	
다. 장애등급 제1급: 「장애인복지법 시행규칙」에 따른 장애진단서, 장애인등록증 및 장애인증명서의 사본과 해당 장애와 관련된 진료기록 사본	

신청서 작성요령

- ① **당사자(보건의료기관개설자)** : 보건의료행위가 이루어진 보건의료기관의개설자가 법인인 경우는 법인등기부 등본 상의 명칭을, 개인인 경우는 보건의료기관 개설 시 등록된 명칭을 정확하게 기재하고 사업자등록번호, 업무담당자 성명(③대리인 외의 담당자가 있을 경우 기재함), 주소, 의료분쟁 진료과목, 연락처, 팩스번호, e-mail을 기재 후 해당란에 체크(√)합니다.
- ② **당사자(보건의료인)** : 의료행위를 한 보건의료인의 인적사항, 소속 보건의료기관명(①와 동일한 경우에는 해당 명칭), 연락처, e-mail을 기재하고 진료과목 해당란에 체크(√)합니다.
- ③ **신청인의 대리인** : 당사자를 대리하여 조정신청을 하는 사람의 인적사항을 기재하고, 해당란에 체크(√)합니다. 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조제2항에 규정한 이외의 사람은 대리인이 될 수 없습니다. 신청인의 대리인으로 선임된 사람은 대리권을 증명할 수 있는 위임장을 첨부하여야 합니다.
- ④ **피신청인(환자)** : 환자의 성명 등 인적사항, 연락처를 기재합니다. 환자가 사망한 경우에는 그 상속인이 피신청인이 되므로 기재할 필요가 없습니다.
- ⑤ **피신청인(상속인)** : 환자가 사망한 경우에만 기재합니다(사망신고 여부와는 관계가 없음). 사망한 환자의 배우자, 직계비속, 직계존속 중 유족을 대표할 수 있는 사람을 특정하여 인적사항을 기재하고 해당란에 체크(√)합니다. 생년월일을 모를 경우에는 생략할 수 있습니다.
- ⑥ **조정신청내용** : 의료분쟁 내용은 '의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 서류'에 기재한 내용을 간략하게 요약하여 기재합니다. 피신청인에게 배상하고자 하는 치료비, 간병비, 휴업손해 등 일일이익, 위자료 등이 있다면 세부사항은 '의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 서류'에 기재하고 조정신청액은 그 배상내역의 총액을 기재합니다. 배상할 손해가 없는 경우에는 '채무부존재'라 기재합니다. 조정신청액이 500만원 이하인 경우 기본 수수료 2만2천원을 납부하여야 하고 500만원 초과 시 1만원 당 20원(5천만원 초과 시 10원)을 가산해서 납부하여야 합니다.
- ⑦ **의료분쟁 해결 시도 내용** : 해당 항목에 체크(√)하고 기타 사항이 있을 경우에는 간략하게 기재합니다.
- ⑧ **신청인** : 당사자가 신청하는 경우 당사자 본인이, 당사자의 대리인이 신청하는 경우 대리인이 서명 또는 날인합니다.

※ 조정신청사건 관련 감정완료 시 감정은 1회에 한하여 무료 배부될 수 있으므로, 배부를 신청하는 경우에는 수령 가능한 e-mail 또는 팩스번호 반드시 기재 요망

처리 절차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

