

의료분쟁 조정신청서(환자용)

견 본

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

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

신 청 인	① 당사자 (환자)	성명	(망)홍길동	생년월일	1930. 1. 1.	성별	남
		주소	(우편번호) 04637 서울 중구 후암로 110 ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기				
		연락처	(휴대폰) 010-1234-1234	(직장)	(자택)		
	e-mail		팩스번호		문자메시지 수신	<input type="checkbox"/> 원함 <input type="checkbox"/> 원치 않음	
	② 당사자 (상속인)	성명	홍조정	생년월일	1955. 2. 2.	성별	남
		환자와의 관계	망 홍길동 (생년월일 2001101) 의 [] 배우자, [✓] 직계비속, [] 직계존속, [] 형제자매 [] 기타()				
주소		(우편번호) 04637 서울 중구 후암로 110 ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기					
연락처		(휴대폰) 010-1234-0000	(직장)	(자택) 02-6210-0114			
e-mail	hcj@email.com	팩스번호		문자메시지 수신	<input checked="" type="checkbox"/> 원함 <input type="checkbox"/> 원치 않음		

③ 신청인의 대리인	성명	김 변 호	생년월일	1970. 3. 3.	성별	여
	신청인과의 관계	[] 법정대리인, [] 배우자, [] 직계존속, [] 직계비속, [] 형제자매 [✓] 변호사 [] 그 밖에 당사자로부터 대리권을 받은 사람()				
	주소	(우편번호) 00100 서울 강남구 법조로 100 ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기				
	연락처	(휴대폰) 010-1670-2545	(직장)	02-1670-2545 (자택)		
	e-mail	kbh@email.com	팩스번호		문자메시지 수신	<input checked="" type="checkbox"/> 원함 <input type="checkbox"/> 원치 않음

④ 피신청인 (보건의료기관개설자, 보건의료인)	성명/법인명 (기관명)	의료법인 갑을병정 의료재단 갑을병정 병원	연락처	02-0000-0000	업무담당자 성명	원무팀장 000
	주소	(우편번호) 00123 서울 중구 후암로 900 ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기				
	보건 의료인 성명	김갑을	연락처			
	보건 의료인 진료 과목 및 분야	[] 내과(소화기, 심장, 기타) [✓] 외과(일반, 성형, 정형, 신경, 흉부) [] 산부인과/소아청소년과 [] 안과/이비인후과 [] 피부과/비뇨기과 [] 치과 [] 한방 병원·의원 [] 약국 [] 기타()				

⑤ 조정신청 내용	의료분쟁 내용	무릎 인공관절 수술 후 사망 ※ 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용은 별지에 적습니다.				
	조정신청액	이천만원	수수료	※ 신청금액에 따라 소정의 수수료가 부과됩니다.		
	환자 상태	[✓] 사망, [] 1개월 이상의 의식불명, [] 장애 1급, [] 그 밖의 경우()				

⑥ 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 감정완료 시 감정서 배부를 신청합니다(수령방법: [✓] e-mail, [] 팩스).

2016 년 11월 30일

⑦신청인(또는 대리인) 김 변 호 (서명 또는 날인) 김 변 호

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

첨부서류	1. 환자와 상속인의 관계를 증명하는 서류(환자가 사망한 경우만 해당합니다) 2. 위임장 및 신청인과 대리인의 관계를 증명하는 서류(대리인이 신청하는 경우만 해당합니다.) 3. 의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 서류 4. 의료분쟁의 조정신청 대상인 의료사고가 법 제27조제9항에 따른 의료사고에 해당하는 경우에는 다음 각 목의 구분 에 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 장 애와 관련된 진료기록 사본
------	---

신청서 작성요령

- ① **당사자(환자)** : 환자의 성명 등 인적사항, 연락처, e-mail을 기재하고, 문자메시지 수신 여부에 체크(√)합니다. 환자가 사망한 경우에는 ②항의 상속인을 당사자로 기재합니다.
- ② **당사자(상속인)** : 환자가 사망한 경우에만 기재하고(사망신고 여부와는 관계가 없음) 상속인인지 여부를 확인할 수 있도록 사망한 환자의 가족관계증명서를 첨부합니다. 신청하는 상속인의 인적사항, 연락처, e-mail을 기재하고, 해당란에 체크(√)합니다.
- ③ **신청인의 대리인** : 당사자를 대리하여 조정신청을 하는 사람의 인적사항, 연락처, e-mail을 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(보건의료기관개설자, 보건의료인)** : 의료사고가 발생된 보건의료기관을 개설한 자가 개인인 경우에는 개인의 성명, 법인인 경우에는 법인의 명칭(개인이나 법인의 명칭을 모르는 경우에는 보건의료기관의 명칭), 연락처, 업무담당자, 주소, 팩스번호를 기재하고, 의료행위를 한 보건의료인의 성명, 연락처를 기재한 후 진료과목 해당란에 체크(√)합니다. 보건의료기관의 기관명은 통칭이나 약칭은 피하고 정식명칭을 기재합니다. 업무담당자, 팩스번호를 모를 경우에는 생략할 수 있습니다. 피신청인이 복수인 경우에는 별지를 사용하여 동일한 방식으로 기재합니다.
- ⑤ **조정신청내용** : 의료분쟁 내용은 '의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 서류'에 기재한 내용을 간략하게 요약하여 기재합니다. 손해배상을 청구하는 치료비, 간병비, 휴업손해 등 일일이익, 위자료 등에 대한 세부사항은 '의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 서류'에 기재하고 조정신청액은 그 청구내역의 총액을 기재합니다. 조정신청액이 500만원 이하인 경우 기본 수수료 2만2천원을 납부하여야 하고 500만원 초과 시 1만원 당 20원(5천만원 초과시 10원)을 가산해서 납부하여야 합니다. 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등에 따른 국가유공자는 수수료를 면제하고, 「장애인복지법」에 따른 장애인은 수수료를 감액(장애인 1~3급은 50%, 4~6급은 30%) 받을 수 있습니다.
- ⑥ **의료분쟁 해결 시도 내용** : 해당 항목에 반드시 체크(√)하고 기타사항이 있을 경우 간략하게 기재합니다.
- ⑦ **신청인** : 당사자가 신청하는 경우 당사자 본인인, 당사자의 대리인이 신청하는 경우 대리인이 서명 또는 날인합니다.

※ 조정신청사건 관련 감정완료 시 감정서는 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.

