

보훈번호	<input type="checkbox"/> 재 심 <input type="checkbox"/> 재확인 신 체 검 사 신 청 서 <input type="checkbox"/> 재분류			처리기간
				1 일
성 명		주민등록번호	-	
주 소			전 화	
전공상등 확인상이처				
신체검사 결 과	최 초 신 체 검 사		최 종 신 체 검 사	
	검 사 일		검 사 일	
	총 합 판 정	급 항 호	총 합 판 정	급 항 호
	등급및분류번호	급 항 호 급 항 호 급 항 호	등급및분류번호	급 항 호 급 항 호 급 항 호
	심사위원소견			
신청사유	국가유공자등예우및지원에관한법률시행령 제15조 내지 제17조의 규정에 의 하여 재 심 재확인 신체검사를 신청합니다. 재분류 년 월 일 신 청 인 (서명 또는 인) 지 방 보 훈 청 장 보 훈 지 청 장 귀 하 보 훈 병 원 장			
지방보훈청장 또는 보훈지청장소견	승인·불승인	사 유		
구비서류	○ 해당분야의 전문의가 발행한 진단서(다만, 최종 신체 검사를 받은 날부터 2년이 경과한 후에 신청하는 경 우에는 제출하지 아니함)			수수료
				없 음

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

