[별지 제5호서식] (앞면)

대상구분	보훈번호	전공상추가확인신청서				처리기간
						4일
성 명		주민등록번호		주소		(☎)
복무기록	군 별 (소속)		계 급 (직급)		군 번	
	입대일 (임용일)		부상일		전역일 (퇴직일)	
	부상장소 및 사유		부상당시 소속및직책		부상부위	
	치료병원	1.	2.	3.		
	치료기간				전역당시소속	
	치료과명				전역구분	
전공상 확인내용	발행일자		발행번호		발 행 자	
	통 보 원상병명				확 인 방 법	○ 병상일지 ○ 인우증명 ○ 기타기록
신체검사시 인정상이처						
추가확인을 요하는상이처	상이부위				장애정도	

국가유공자예우등에관한법률시행령 제17조제1항의 규정에 의하여 위와 같이 신청하오니 관계기관으로 조회하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

지 방 보 훈 청 장
보 훈 지 청 장 귀하

(지)청장소견		추가확인시예상상이등급	
구비서류	1. 해당분야의 전문의가 발행산 진단서 또는 소견서 (신청인이 원하는 경우에 한함) 2. 전·공상상이처 인우인 증명(") 3. 전·공상 및 치료경위서 (")		수수료 없 음

(뒷 면)

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

	신 청 인	접 수 기 관	경 유 기 관	처 리 기 관
		지 방 보 훈 청 또는 보훈 지청	국 가 보 훈 처	소 속 기 관
처 리 내 역	신 청 서	접 수	검토의뢰	확 인
		통 보	내용확인	결과통보