

■ 의료분쟁 조정·중재 절차 안내 [www.k-medi.or.kr](http://www.k-medi.or.kr) 또는 ☎1670-2545

## □ 기관 안내

- 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」에 따라 의료분쟁의 신속한 해결 및 보건의료인의 안정적인 진료환경 조성을 목적으로 설립된 보건복지부 소속 공공기관으로서,
- 의료분쟁\* 관련 상담, 의료사고 감정, 조정(중재) 업무를 수행하고 있으며,  
\* 보건의료기관에서 보건의료인의 의료행위로 발생한 의료사고에 대한 의료분쟁

### 제외 대상

- 조정중재원 개원('12. 4. 8.) 이전 사건
- 「의료법」 관련 사안, 진료비 환불 요청
- 법원에 소가 제기되거나 소비자에게 신청된 사건
- 의료사고가 아님이 명백한 경우 등

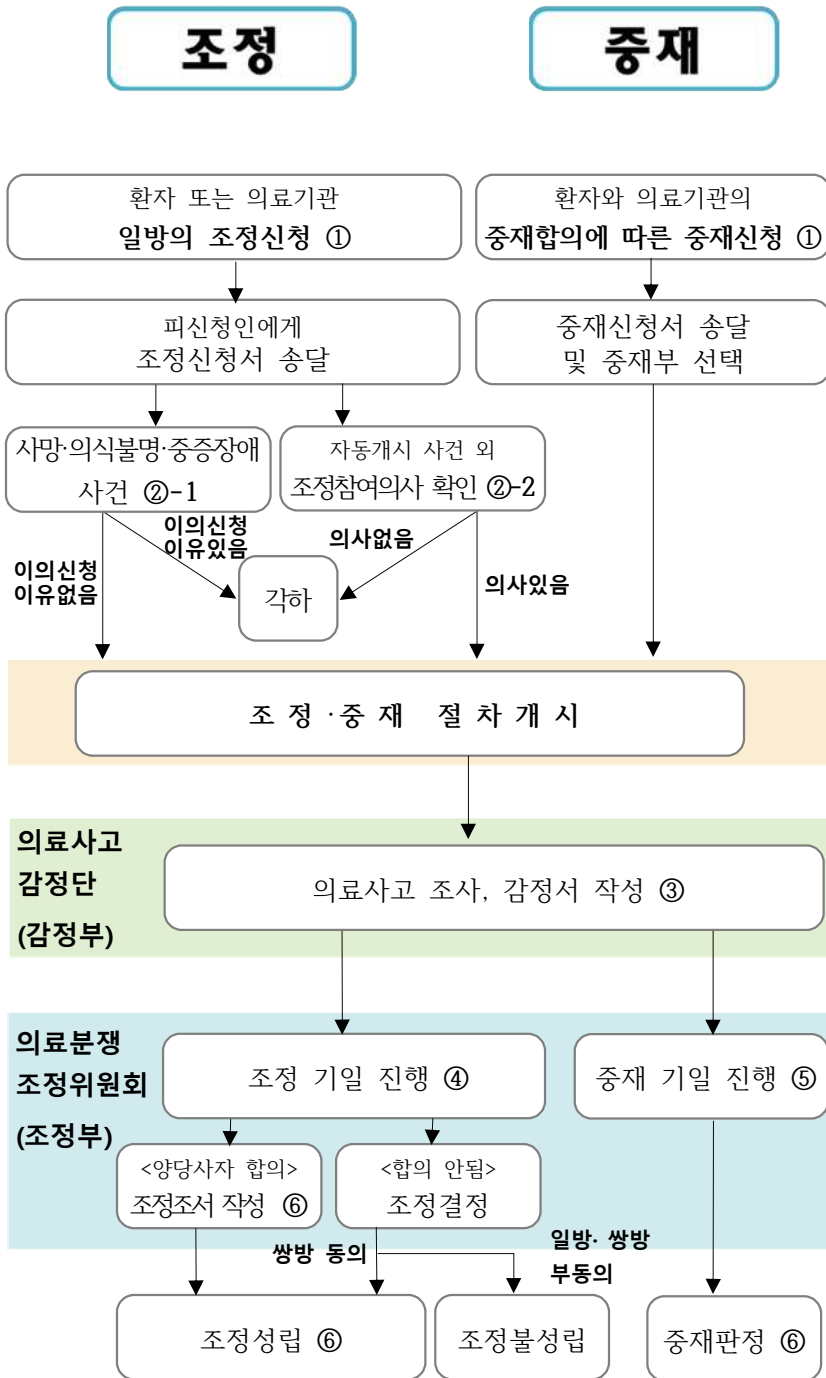
- 의료분쟁 조정(중재) 제도 이용은 환자측, 의료기관측 모두 가능합니다.
- 부산지원('19. 5월) 개원으로 영남권역은 부산지원에서 업무를 담당하고 있으며, 그 외 지역은 본원에서 담당하고 있습니다.

| 구분   | 본원   | 부산지원   |
|------|--|--|
| 대표번호 | 1670-2545(전 국)   | 051-910-7300 ~ 7301  |
| 주소   | 서울시 중구 소월로 2길 30,<br>T타워 8층<br>※ ①④호선 서울역 하차 후 지하철 서울역 10번 출구<br>에서 후암삼거리 방향 250m 이동 | 부산시 연제구 중앙대로 1000,<br>국민연금공단부산회관빌딩 13층<br>※ ①호선 부산시청역 1번 출구로 나와 약 100m<br>직진 |
| 홈페이지 | <a href="http://www.k-medi.or.kr">www.k-medi.or.kr</a>                               |  |

## □ 의료분쟁 조정·중재 제도란?

- 의료사고의 신속·공정한 피해구제 및 보건의료인의 안정적인 진료환경 조성을 목적으로 만들어졌습니다.
- 의료분쟁 조정·중재는 전문과목별 의료인 등 전문가들로 구성된 의료사고감정단의 감정을 토대로, 법조인·의료인·소비자·대학교수로 구성된 의료분쟁조정위원회의 공정한 조정을 통해 이루어집니다.
- 조정·중재 절차에서는 상식과 조리에 따라 상호 양해를 통하여 분쟁이 원만하게 종결될 수 있도록 조정부와 쌍방 당사자 모두 함께 노력합니다.
- 위 절차를 통해 합의가 되거나 조정이 성립되는 경우 재판상 화해와 동일한 효력이 있으며, 중재판정의 경우에는 확정판결과 동일한 효력이 있습니다.

## 절 차 안 내 도



① (조정) 일방 당사자가 조정신청

(중재) 양 당사자가 조정부의 결정에 따르기로 서면으로 합의한 후 중재신청 가능

②-1 조정신청의 대상인 의료사고가

- 사망
- 1개월 이상의 의식불명
- 「장애인복지법」 제2조에 따른 장애인 중 장애 정도가 중증에 해당하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

이에 해당하는 경우, 피신청인이 조정신청서를 송달받은 날로 조정절차가 개시됨

피신청인은 송달받은 날로 14일 이내에 '이의신청'이 가능하며 이유있음으로 판단될 경우 조정신청은 각하됨

②-2 조정신청(②-1 제외대상)은 피신청인이 조정신청서를 송달받은 날부터 14일 이내에 의료중재원에 참여의사를 통지하는 경우 조정절차가 개시됨

피신청인이 참여의사를 밝히지 않는 경우 조정신청은 각하됨

③ 의료과오 유무 등을 규명합니다. 감정이 종료되면 양 당사자에게 감정서 배부 가능함

④ 종국적인 분쟁해결 방안을 도출·제시함

⑤ 중재절차는 조정절차에 준하여 진행됨

⑥ 재판상 화해 또는 확정판결과 동일한 효력을 갖게 되고 분쟁이 종결됨

■ 의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 시행규칙 [별지 제1호서식]

## 의료분쟁 조정신청서(환자용)

※ [ ]에는 해당하는 곳에 √ 표를 하며, ( )에는 해당 내용을 선택하거나 적습니다.

(앞쪽)

| 사건번호                      | 접수일  | 조정일  | 처리기간  | 90일(120일) |          |                |
|---------------------------|--|--|---|-----------|----------|----------------|
| 신청인                       | ① 당사자 (환자)   | 성명   | 생년월일  | 성별        |          |                |
|                           |  | 주소   | (우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기  |           |          |                |
|                           |  | 연락처  | (휴대폰)   | (직장)      | (자택)     |                |
|                           |  | e-mail   |   | 팩스번호      | 문자메시지 수신 | [ ]원함 [ ]원치 않음 |
|                           | ② 당사자 (상속인)  | 성명   | 생년월일  | 성별        |          |                |
|                           |  | 환자와의 관계  | 망 ○○○(생년월일 □□□□□□ / 성별 ____ )의<br>[ ] 배우자, [ ] 직계비속, [ ] 직계존속, [ ] 형제자매 [ ] 기타( ) |           |          |                |
|                           |  | 주소   | (우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기  |           |          |                |
|                           |  | 연락처  | (휴대폰)   | (직장)      | (자택)     |                |
|                           |  | e-mail   |   | 팩스번호      | 문자메시지 수신 | [ ]원함 [ ]원치 않음 |
|                           |  | ③ 신청인의 대리인   | 성명  | 생년월일      | 성별       |                |
| 신청인과의 관계                  | [ ] 법정대리인, [ ] 배우자, [ ] 직계존속, [ ] 직계비속, [ ] 형제자매<br>[ ] 변호사<br>[ ] 그 밖에 당사자로부터 대리권을 받은 사람( )   |  |   |           |          |                |
| 주소                        | (우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기   |  |   |           |          |                |
| 연락처                       | (휴대폰)  |  | (직장)  | (자택)      |          |                |
| ④ 피신청인 (보건의료기관개설자, 보건의료인) | 성명/법인명(기관명)  | 연락처  | 업무담당자 성명  |           |          |                |
|                           | 주소   | (우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기   |   |           | 팩스번호     |                |
|                           | 보건 의료인 성명  | 연락처  |   |           |          |                |
|                           | 보건 의료인 진료 과목 및 분야  | [ ] 내과(소화기, 심장, 기타), [ ] 외과(일반, 성형, 정형, 신경, 흉부)<br>[ ] 산부인과/소아청소년과, [ ] 안과/이비인후과, [ ] 피부과/비뇨의학과<br>[ ] 치과, [ ] 한방 병원·의원, [ ] 약국<br>[ ] 기타( ) |   |           |          |                |
| ⑤ 조정신청 내용                 | 의료분쟁 내용  | ※ 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용은 별지에 적습니다.  |   |           |          |                |
|                           | 조정신청액  | 수수료  | ※ 신청금액에 따라 소정의 수수료가 부과됩니다.  |           |          |                |
|                           | 환자 상태  | [ ] 사망, [ ] 1개월 이상의 의식불명, [ ] 장애의 정도가 중증에 해당하는 경우, [ ] 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).<br>[ ] 민사소송의 제기, [ ] 소비자분쟁조정위원회에 조정신청, [ ] 그 밖의 경우( )<br>※ "그 밖의 경우"의 예: 의료기관(의료인)과 합의 시도, 관련 기관(단체)에 구제신청, 법원예의 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).

년 월 일

⑦ 신청인( 또는 대리인)

(서명 또는 날인)

한국의료분쟁조정중재원장

귀하

|      |  |
|------|--|
| 첨부서류 | <ol style="list-style-type: none"> <li>환자와 상속인의 관계를 증명하는 서류(환자가 사망한 경우만 해당합니다)</li> <li>위임장 및 신청인과 대리인의 관계를 증명하는 서류(대리인이 신청하는 경우만 해당합니다.)</li> <li>의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 서류</li> <li>의료분쟁의 조정신청 대상인 의료사고가 법 제27조제9항에 따른 의료사고에 해당하는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따른 서류<br/>가. 사망: 사망진단서 또는 시체검안서 등 사망을 증명할 수 있는 서류와 해당 사망과 관련된 진료기록 사본<br/>나. 1개월 이상의 의식불명: 진단서 또는 소견서 등 1개월 이상의 의식불명을 증명할 수 있는 서류와 해당 의식불명과 관련된 진료 기록 사본<br/>다. 장애의 정도가 중증에 해당하는 경우: 「장애인복지법 시행규칙」에 따른 장애인진단서, 장애인등록증 및 장애인증명서의 사본과 해당 장애와 관련된 진료기록 사본</li> </ol> |
|------|--|

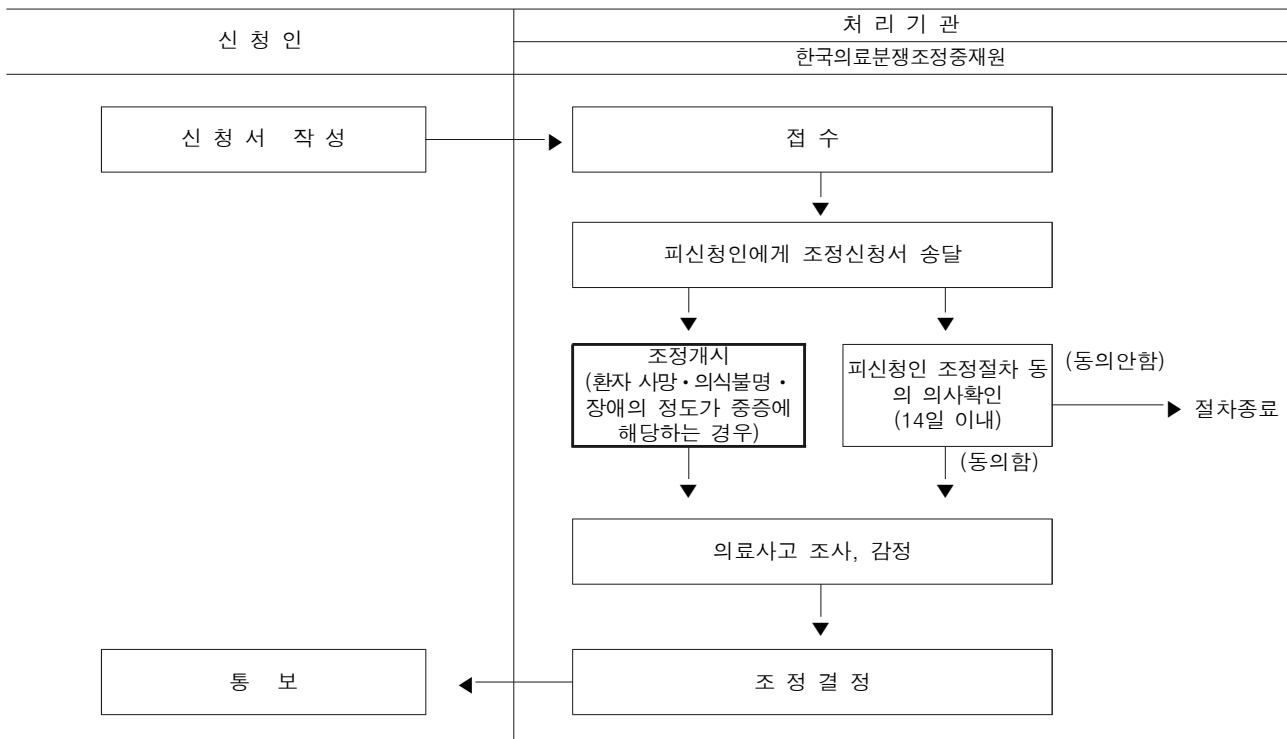
210mm×297mm[일반용지 70g/㎡(재활용품)]

## 신청서 작성요령

- ① **당사자(환자)** : 환자의 성명 등 인적사항, 연락처, e-mail, 팩스번호를 기재하고, 문자메시지 수신 여부에 체크(√)합니다. 환자가 사망한 경우에는 그 상속인이 당사자가 되므로 기재할 필요가 없습니다.
- 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-mail, 팩스번호를 기재하고, 해당란에 체크(√)합니다.
- ③ **신청인의 대리인** : 당사자를 대리하여 조정신청을 하는 사람의 인적사항, 연락처, e-mail, 팩스번호를 기재하고 해당란에 체크(√)합니다. 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조제2항에 규정한 사람 외에는 대리인이 될 수 없습니다. 신청인의 대리인으로 선임된 사람은 대리권을 증명할 수 있는 위임장을 첨부해야 합니다.
- ④ **피신청인(보건의료기관개설자, 보건의료인)** : 의료사고가 발생한 보건의료기관을 개설한 자가 개인인 경우에는 개인의 성명, 법인인 경우에는 법인의 명칭(개인의 성명이나 법인의 명칭을 모르는 경우에는 보건의료기관의 명칭)을 기재합니다. 보건의료기관개설자 또는 보건의료기관의 연락처, 업무담당자 성명, 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 간략하게 요약하여 기재하고, 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용은 별지에 기재합니다. 손해배상을 청구하는 치료비, 간병비, 휴업손해 등 일일이익, 위자료 등에 대한 세부사항은 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 별지에 기재하고 조정신청액은 그 청구내역의 총액을 기재합니다. 조정신청액이 500만원 이하인 경우 기본 수수료 2만2천원을 납부해야 하고 500만원 초과 시 1만원 당 20원(5천만원 초과시 10원)을 가산해서 납부해야 합니다. 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 국가유공자는 수수료를 면제하고, 「장애인복지법」에 따른 장애인은 수수료를 감액(장애의 정도가 심한 장애인은 50%, 장애의 정도가 심하지 아니한 장애인은 30%) 받을 수 있습니다.
- ⑥ **의료분쟁 해결 시도 내용** : 해당 항목에 반드시 체크(√)하고 “그 밖의 경우”에 해당하는 경우 그 내용을 ( ) 안에 간략하게 기재합니다.
- ⑦ **신청인** : 당사자가 신청하는 경우 당사자 본인이, 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

## 처 리 절 차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.



- ✓ 이 기록지는 사고내용의 판단을 위한 자료이므로 빠짐없이 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다.
- ✓ 또한 상대방(피신청인)에게 제도이용 및 답변(해명) 요청을 위해 복사본이 송달되오니 객관적인 사실을 토대로 작성하여 주시기 바랍니다. ★상대방을 비방하는 내용 작성 금지

## [환자 기본정보]

|       |   |    |       |          |           |
|-------|---|----|-------|----------|-----------|
| 성명    |   | 성별 | 남 / 여 | 생년월일(나이) | (     세 ) |
| 현재상태  | <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 중증장애 <input type="checkbox"/> 경증장애 <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 완치 <input type="checkbox"/> 기타(     ) |    |       |          |           |
| 과거병력* |   |    |       |          |           |

\* 환자가 병원 방문 당시 앓고 있거나 과거 앓았던 다른 질환(예시: 2003년 고혈압 진단 후 혈압약 복용 중)

## 가. 의료사고 발생 경과

|   |  |                            |                              |
|---|--|----------------------------|------------------------------|
| 병원 방문이유   |  |                            |                              |
| 진료과   |  |                            |                              |
| 진단명   |  |                            |                              |
| 치료방법  | <input type="checkbox"/> 진단·검사 <input type="checkbox"/> 처치·시술 <input type="checkbox"/> 투약·주사 <input type="checkbox"/> 분만<br><input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 환자관리 <input type="checkbox"/> 기타(     ) |                            |                              |
| <b>☞ 치료방법에 <span style="color:red">수술</span>이 포함된 경우에 한하여</b> |  |                            |                              |
| ① 수술을 받은 날짜를 기재하여 주십시오  |  | 년                          | 월 일                          |
| ② ‘수술 장면 촬영 요청서’를 작성하여 제출하였습니까?                               |  | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ③ ‘영상정보 보관연장 요청서’를 작성하여 제출하였습니까?                              |  | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 치료내용  |  |                            |                              |
| 의료사고 발생일  | 년     월     일  |                            |                              |
| 의료사고 내용   |  |                            |                              |
| 의료과실이라고 생각되는 점 및 그로 인한 피해                                     |  |                            |                              |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 추가 치료 여부                            | <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 |
| ☞ “있음”의 경우 추가 치료 내용(의료기관명/진료과/치료내용) |   |
| 최근 환자 상태(후유장애 등)                    |   |
| 향후 치료계획 여부                          | <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 |
| ☞ “있음”의 경우 치료계획 내용(의료기관명/진료과/치료내용)  |   |

## 나. 의학적으로 검토(의료감정)가 필요한 사항

- ✓ 「의료감정」이란 조정부가 조정(중재)할 수 있도록 의학적 전문지식 또는 그 지식을 이용한 판단을 정리하는 것을 의미함  
 \* 작성 예시 ① 수술을 잘못된 것이 아닌지 ② 환자의 사망 원인이 무엇인지

|  |
|--|
|  |
|--|

## 다. 의료기관 측과 의료사고에 대해 협의한 내용

|   |
|---|
|   |
| 협의 대상(복수응답 가능) <input type="checkbox"/> 담당 의료인 <input type="checkbox"/> 의료기관 업무담당자 <input type="checkbox"/> 배상보험·공제조합 <input type="checkbox"/> 기타(                      ) |

## 라. ‘조정신청서 ⑤번 조정신청액’의 산정내용

- ✓ 항목별 산정금액 및 산정근거를 기재하여 주시기 바랍니다.(진료비 영수증, 실제 근로소득 입증자료 등 추후 제출 필요)

| 구분        |        | 산정 금액   | 산정 근거  |
|-----------|--------|---------|--|
| 재산적<br>손해 | 치료비    | _____ 원 | 조정신청일을 기준으로 이미 지출한 치료비   |
|           | 향후 치료비 | _____ 원 | 조정신청일을 기준으로 앞으로 예상되는 치료비   |
|           | 개호비    | _____ 원 | 현재까지 지출하였거나 지출이 예상되는 간병비   |
|           | 휴업손해   | _____ 원 | 의료과실로 입은 상해를 치료하기위해 결근(휴업)하여 수입을 얻을 수 없었던 경우 급여(사업)소득상실분         |
|           | 일실수입   | _____ 원 | 사고가 없었더라면 얻을 수 있을 것으로 예측되는 수입으로 사망을 하였거나 후유장애가 남아 감소(상실)되는 소득상실분 |
|           | 기타     | _____ 원 | 장례비 또는 의료보조기기 구입비용   |
| 정신적<br>손해 | 위자료    | _____ 원 | 정신적 고통에 대한 배상요구액   |
| 합계        |        | _____ 원 | <b>각 항목별 산정금액의 합계는<br/>           조정신청서 ⑤번 ‘조정신청액’과 일치하여야 함</b>  |

- ✓ 환자의 증상 발생 → 병원의 치료 → 의료사고 피해(악결과) 순으로 경과를 상세히 작성해주십시오.(날짜·시간대별)
- ✓ 앞서 응답한 가~라 항목 중 응답이 부족한 부분을 포함하시기 바랍니다.
- ✓ 작성란이 부족한 경우 A4 크기 용지에 추가 작성하여 주시기 바랍니다.

[illegible]

신청인(또는 대리인) \_\_\_\_\_(인)

- 13 -

## 개인(민감)정보 수집 · 이용 · 처리 동의서

◇ 한국의료분쟁조정중재원은 「개인정보 보호법」상의 개인정보보호규정을 준수하며, 같은 법률에 따라 아래와 같이 개인정보 및 민감정보 수집 · 이용에 관한 동의를 받고 있습니다.

[개인정보 수집 · 이용 내역]

| 항 목  | 수집목적                            | 보유기간 |
|--|---------------------------------|------|
| 성명, 생년월일, 성별, 국적, 주소, 연락처, 이메일(선택), 팩스(선택), 직업(선택), 자격번호, 면허번호, 계좌번호 | 의료분쟁의 조정·중재 및 의료사고 감정에 관한 사무 처리 | 영구   |

☐ 동의합니다    ☐ 동의하지 않습니다

※ 위의 개인정보 수집·이용 목적에 대한 동의를 거부하실 수 있으나 의료분쟁 조정·중재, 의료사고 감정 절차 진행에 제한이 발생할 수 있습니다.

[고유식별번호 수집 · 이용 내역]

「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 시행령 제30조의2에 따라 고유식별정보를 수집·이용합니다.

| 항 목                   | 수집목적                            | 보유기간 |
|-----------------------|---------------------------------|------|
| 주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호 | 의료분쟁의 조정·중재 및 의료사고 감정에 관한 사무 처리 | 영구   |

☐ 동의합니다    ☐ 동의하지 않습니다

※ 위의 개인정보 수집·이용 목적에 대한 동의를 거부하실 수 있으나 의료분쟁 조정·중재, 의료사고 감정 절차 진행에 제한이 발생할 수 있습니다.

[민감정보 수집 · 이용 내역]

「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 시행령 제30조의2에 따라 민감정보를 수집·이용합니다.

| 항 목                    | 수집목적                            | 보유기간 |
|------------------------|---------------------------------|------|
| 의료사고 경위, 환자의 건강에 관한 정보 | 의료분쟁의 조정·중재 및 의료사고 감정에 관한 사무 처리 | 영구   |

☐ 동의합니다    ☐ 동의하지 않습니다

※ 위의 개인정보 수집·이용 목적에 대한 동의를 거부하실 수 있으나 의료분쟁 조정·중재, 의료사고 감정 절차 진행에 제한이 발생할 수 있습니다.

※ 정보주체가 만14세 미만의 아동인 경우 위와 같이 개인정보(고유식별정보, 민감정보포함)를 처리하는데 동의 하십니까?

☐ 동의합니다    ☐ 동의하지 않습니다

본인                      성명                      (서명 또는 인)  
법정대리인            성명                      (서명 또는 인)

귀하가 제출한 사건 관련 서류 등은 전자문서로 변환되어 보유기간까지 전자문서로 보존될 예정이며, 귀하가 제출한 서류는 다음 귀하의 의사에 따라 사건종료 후 1개월 이내에 전부 반환 또는 파기될 예정임을 알려드립니다.

본인은 전자문서 보존에 동의하며, 사건종료시 제출된 서류 일체를

☐ 반환 받겠습니다.    ☐ 파 기 를 요청합니다.    \* 처리 요청은 자필로 작성바랍니다.

20 . . .

신청인 (또는 대리인)

(서명 또는 인)

**한국의료분쟁조정중재원장    귀하**

※ 개인정보 취급에 관한 상세한 사항은 우리 원 홈페이지(www.k-medi.or.kr)의 “개인정보처리방침”을 참조하시기 바랍니다.

# 위임장

|             |         |                         |
|-------------|---------|-------------------------|
| 위임인<br>(환자) | 성명      |                         |
|             | 주민등록번호  | □ □ □ □ □ □ - * * * * * |
|             | 주소      |                         |
|             | 연락처     |                         |
| 수임인         | 성명      |                         |
|             | 주민등록번호  | □ □ □ □ □ □ - * * * * * |
|             | 주소      |                         |
|             | 연락처     |                         |
|             | 환자와의 관계 |                         |

본인(위임인)은 수임인을 대리인으로 선임하여 한국의료분쟁조정원에 조정신청과 취하, 의견진술, 조정절차 중 합의 및 조정결정에 대한 동의 등 본 사건의 조정과 관련된 일체의 권한을 위임합니다.

년 월 일

위임인 : (서명 또는 날인)

## 한국의료분쟁조정중재원장 귀하

|             |  |
|-------------|--|
| 대리인<br>선임범위 | 1. 당사자의 법정대리인, 배우자, 직계존비속 또는 형제자매<br>2. 변호사<br>3. 당사자로부터 서면으로 대리권을 수여받은 자<br>(제3호의 경우, 제1호에 해당하는 사람이 없거나 외국인 등 보건복지령으로 정하는 경우에 한함)<br>※ 근거 : 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조 제2항 |
|-------------|--|

- ※ 위임인은 성명을 기재하고 반드시 자필 서명 또는 날인하여야 합니다.  
 ※ 위임인(환자)과 수임인의 관계를 증명할 수 있는 가족관계증명서(환자기준), 수임인의 신분증 사본 등을 제출하여야 합니다.

# 위임장

|              |        |                         |
|--------------|--------|-------------------------|
| 위임인<br>(상속인) | 성명     |                         |
|              | 주민등록번호 | □ □ □ □ □ □ - * * * * * |
|              | 주소     |                         |
|              | 연락처    |                         |

※ 위임인(상속인)이 다수인 경우 별지 추가 기재

|     |          |                         |
|-----|----------|-------------------------|
| 수임인 | 성명       |                         |
|     | 주민등록번호   | □ □ □ □ □ □ - * * * * * |
|     | 주소       |                         |
|     | 연락처      |                         |
|     | 위임인과의 관계 |                         |

본인(위임인)은 수임인을 대리인으로 선임하여 한국의료분쟁조정원에 조정신청과 취하, 의견진술, 조정절차 중 합의 및 조정결정에 대한 동의, 대리인의 선임 등 본 사건의 조정과 관련된 일체의 권한을 위임합니다.

년 월 일

위임인 :

(서명 또는 날인)

## 한국의료분쟁조정중재원장 귀하

|             |  |
|-------------|--|
| 대리인<br>선임범위 | 1. 당사자의 법정대리인, 배우자, 직계존비속 또는 형제자매<br>2. 변호사<br>3. 당사자로부터 서면으로 대리권을 수여받은 자<br>(제3호의 경우, 제1호에 해당하는 사람이 없거나 외국인 등 보건복지령으로 정하는 경우에 한함)<br>※ 근거 : 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조 제2항 |
|-------------|--|

- ※ 위임인은 성명을 기재하고 반드시 자필 서명 또는 날인하여야 합니다.
- ※ 상속인이 다수인 경우 한 명의 상속인에게 조정과 관련된 일체의 권한을 위임할 수 있습니다.
- ※ 수임인(상속인)이 다시 대리인을 선임하는 경우 별도의 위임장을 제출하여야 합니다.
- ※ 환자, 위임인(상속인) 및 수임인의 관계를 증명할 수 있는 가족관계증명서, 수임인의 신분증 사본 등을 제출하여야 합니다.

[별지] 위임인 목록

|                |        |   |
|----------------|--------|---|
| 위임인 2<br>(상속인) | 성 명    | (서명 또는 날인)  |
|                | 주민등록번호 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - * * * * * |
|                | 주 소    |   |
|                | 연 락 처  |   |
| 위임인 3<br>(상속인) | 성 명    | (서명 또는 날인)  |
|                | 주민등록번호 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - * * * * * |
|                | 주 소    |   |
|                | 연 락 처  |   |
| 위임인 4<br>(상속인) | 성 명    | (서명 또는 날인)  |
|                | 주민등록번호 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - * * * * * |
|                | 주 소    |   |
|                | 연 락 처  |   |
| 위임인 5<br>(상속인) | 성 명    | (서명 또는 날인)  |
|                | 주민등록번호 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - * * * * * |
|                | 주 소    |   |
|                | 연 락 처  |   |
| 위임인 6<br>(상속인) | 성 명    | (서명 또는 날인)  |
|                | 주민등록번호 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - * * * * * |
|                | 주 소    |   |
|                | 연 락 처  |   |
| 위임인 7<br>(상속인) | 성 명    | (서명 또는 날인)  |
|                | 주민등록번호 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - * * * * * |
|                | 주 소    |   |
|                | 연 락 처  |   |
| 위임인 8<br>(상속인) | 성 명    | (서명 또는 날인)  |
|                | 주민등록번호 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - * * * * * |
|                | 주 소    |   |
|                | 연 락 처  |   |

※ 위임인이 8명 이상인 경우 추가로 별지 작성

## 의료분쟁 조정신청서(환자용)

견 본

\* [ ]에는 해당하는 곳에 √ 표를 하여, ( )에는 해당 내용을 선택하거나 적습니다. (앞쪽)

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

|     |                   |               |  |      |                           |                           |  |    |   |
|-----|-------------------|---------------|--|------|---------------------------|---------------------------|--|----|---|
| 신청인 | ①<br>당사자<br>(환자)  | 성명            | (왕) 홍길동  |      | 생년월일                      | 1980. 1. 1.               |  | 성별 | 남 |
|     |                   | 주소            | (우편번호) 04637 서울 중구 후암로 110<br>X 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기                                |      |                           |                           |  |    |   |
|     |                   | 연락처           | (휴대폰) 010-1234-1234  |      | (직장)                      | (자택)                      |  |    |   |
|     |                   | e-mail        |  |      | 팩스번호                      | 문자메시지 수신 [ ] 원함 [ ] 원치 않음 |  |    |   |
|     | ②<br>당사자<br>(상속인) | 성명            | 홍 조 정  |      | 생년월일                      | 1985. 2. 2.               |  | 성별 | 남 |
|     |                   | 환자와의 관계       | 왕 홍길동(생년월일 1980.01.01 / 성별 남)의<br>[ ] 배우자, [✓] 직계비속, [ ] 직계존속, [ ] 형제자매 [ ] 기타 ( ) |      |                           |                           |  |    |   |
|     |                   | 주소            | (우편번호) 04637 서울 중구 후암로 110<br>X 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기                                |      |                           |                           |  |    |   |
|     |                   | 연락처           | (휴대폰) 010-1234-0000  |      | (직장)                      | (자택) 02-6210-0000         |  |    |   |
|     | e-mail            | hcg@email.com |  | 팩스번호 | 문자메시지 수신 [✓] 원함 [ ] 원치 않음 |                           |  |    |   |

|                  |          |  |  |                   |                           |  |    |   |
|------------------|----------|--|--|-------------------|---------------------------|--|----|---|
| ③<br>신청인의<br>대리인 | 성명       | 김 변 호  |  | 생년월일              | 1970. 8. 8.               |  | 성별 | 여 |
|                  | 신청인과의 관계 | [ ] 법정대리인, [ ] 배우자, [ ] 직계존속, [ ] 직계비속, [ ] 형제자매<br>[✓] 변호사<br>[ ] 그 밖에 당사자로부터 대리권을 받은 사람( ) |  |                   |                           |  |    |   |
|                  | 주소       | (우편번호) 00100 서울 강남구 법조로 100<br>X 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기   |  |                   |                           |  |    |   |
|                  | 연락처      | (휴대폰) 010-1670-2646  |  | (직장) 02-1670-2646 | (자택)                      |  |    |   |
|                  | e-mail   | kbh@email.com  |  | 팩스번호              | 문자메시지 수신 [✓] 원함 [ ] 원치 않음 |  |    |   |

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

|                 |            |   |  |     |                            |  |  |  |
|-----------------|------------|---|--|-----|----------------------------|--|--|--|
| ⑤<br>조정신청<br>내용 | 의료분쟁<br>내용 | 무릎 수술 후 골수염 발생<br>* 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용은 별지에 적습니다.                 |  |     |                            |  |  |  |
|                 | 조정신청액      | 이천만원  |  | 수수료 | * 신청금액에 따라 조정의 수수료가 부과됩니다. |  |  |  |
|                 | 환자 상태      | [✓] 사망, [ ] 1개월 이상의 의식불명, [ ] 장애의 정도가 중중에 해당하는 경우, [ ] 그 밖의 경우( ) |  |     |                            |  |  |  |

|                    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ⑥ 의료분쟁<br>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).<br>[ ] 민사소송의 제기, [ ] 소비자분쟁조정위원회에 조정신청, [ ] 그 밖의 경우( )<br>* "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 감정원료 시 감정서 배부를 신청합니다(수령방법: [✓] e-mail, [ ] 팩스).

⑦ 신청인( 또는 대리인) 김 변 호 (서명 또는 날인) 김 변 호

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

|      |   |  |  |  |  |  |  |  |
|------|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 첨부서류 | 1. 환자와 상속인의 관계를 증명하는 서류(환자가 사망한 경우만 해당함)<br>2. 위임장 및 신청인과 대리인의 관계를 증명하는 서류(대리인이 신청하는 경우만 해당함)<br>3. 의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 서류<br>4. 의료분쟁의 조정신청 대상인 의료사고가 법 제27조제8항에 따른 의료사고에 해당하는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따른 서류<br>가. 사망: 사망진단서 또는 시체검안서 등 사망을 증명할 수 있는 서류와 해당 사망과 관련된 진료기록 사본<br>나. 1개월 이상의 의식불명: 진단서 또는 소견서 등 1개월 이상의 의식불명을 증명할 수 있는 서류와 해당 의식불명과 관련된 진료기록 사본<br>다. 장애의 정도가 중중에 해당하는 경우: 「장애인복지법 시행규칙」에 따른 장애인진단서, 장애인등록증 및 장애인 증명서의 사본과 해당 장애와 관련된 진료기록 사본<br><div style="text-align: right; font-size: small;">210mm×297mm[일반용지 70g/㎡(재활용품)]</div> |  |  |  |  |  |  |  |
|------|---|--|--|--|--|--|--|--|



한국의료분쟁조정위원회

## 조정(중재)신청서 별지

견 본

✓ 이 기록지는 사고내용의 판단을 위한 자료이므로 빠짐없이 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다.

✓ 또한 상대방(피신청인)에게 제도이용 및 답변(해명) 요청을 위해 복사본이 송달되오니 객관적인 사실을 토대로 작성하여 주시기 바랍니다. ★상대방을 비방하는 내용 작성 금지

## [환자 기본정보]

|       |  |    |   |          |                  |
|-------|--|----|---|----------|------------------|
| 성명    | 홍길동  | 성별 | 남 | 생년월일(나이) | 1965. 5. 3.(58세) |
| 현재상태  | <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 중증장애 <input type="checkbox"/> 경증장애 <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 완치 <input checked="" type="checkbox"/> 기타( 무릎 흉터 ) |    |   |          |                  |
| 과거병력* | 지병(고혈압, 당뇨 등)이나 복용중인 약, 수술 이력을 작성합니다.<br>2013년 4월 Q병원에서 당뇨병을 진단받고 현재까지 당뇨병 약 복용 중임   |    |   |          |                  |

## 정형외과 예시

## 가. 의료사고 발생 경과

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 병원 방문이유                          | 계단에서 넘어져서 다친 왼쪽 무릎을 치료하러 A정형외과 방문.  |
| 진료과                              | 정형외과  |
| 진단명                              | 좌측 슬관절 전방 십자인대 파열, 외측 반월상 연골 파열   |
| 치료방법                             | <input type="checkbox"/> 진단·검사 <input type="checkbox"/> 처치·시술 <input type="checkbox"/> 투약·주사 <input type="checkbox"/> 분만<br><input checked="" type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 환자관리 <input type="checkbox"/> 기타( ) |
| ☞ 치료방법에 수술이 포함된 경우에 한하여          |   |
| ① 수술을 받은 날짜를 기재하여 주십시오           | 2023년 9월 25일  |
| ② '수술 장면 촬영 요청서'를 작성하여 제출하였습니까?  | <input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오  |
| ③ '영상정보 보관연장 요청서'를 작성하여 제출하였습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오  |
| 치료내용                             | 치료받은 시점과 치료내역을 시간 순서에 맞춰 간략하게 작성해 주세요.<br>2023. 9. 24. X-ray, MRI 검사함<br>9. 25. 관절경으로 좌측 슬관절 전방 십자인대 재건술, 외측 반월상 연골봉합술(1차 수술)을 받았음.   |
| 의료사고 발생일                         | 2023년 9월 25일  |
| 의료사고 내용                          | 치료하는 도중 어떤 문제가 발생하였는지 작성해 주세요.<br>수술 후 수술부위에 부종과 통증이 조금씩 지속되다가 10. 13. 심한 통증과 함께 분비물이 흘러나옴.<br>10. 13. 병원에 방문하여 항생제 치료를 받았지만 나아지지 않음.<br>11. 10. 열증제거술(2차)을 받고, 처방받은 항생제도 계속 복용하였지만 통증과 부종이 더 심해졌음.                             |

|   |   |
|---|---|
| 의료과실이라고 생각되는 점<br>및 그로 인한 피해  | <p>의료인의 치료가 잘못되었다고 생각하는 부분을 작성해 주세요. 의학적으로 정확하지 않아도 괜찮습니다.<br/>의료과실로 인해 어떤 부위에, 어떤 피해가 어느 정도로 발생했는지 작성해주세요.</p> <p>부른 수술을 잘못하여 염증이 발생하였고, 염증 치료도 잘못하여 염증이 심해지면서 골수염까지 병이 확대되었음.<br/>또한, 치료가 어려우면 상급병원으로 전원시켜야 하는데 의사는 지켜보라고만 하다가 치료가 지연되었음.</p> |
| 추가 치료 여부  | <input checked="" type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음  |
| <p><input checked="" type="checkbox"/> "있음"의 경우 추가 치료 내용(의료기관명/진료과/치료내용)</p> <p>의료사고로 인해 다른 병원에서 추가 치료를 받았다면 치료내용과 소요기간을 작성해주세요.</p> <p>2023. 12. 5. B대학병원에서 골수염 진단으로 수술(3차)을 받고 10일간 입원치료 하였음.</p> |   |
| 최근 환자 상태(후유장애 등)  | <p>지금 환자의 상태와 향후 예상되는 증상을 작성해주세요.</p> <p>현재 골수염은 완치되었으나, 부른에 커다란 흉터가 남았음.</p>   |
| 향후 치료계획 여부  | <input type="checkbox"/> 있음 <input checked="" type="checkbox"/> 없음  |
| <p><input checked="" type="checkbox"/> "있음"의 경우 치료계획 내용(의료기관명/진료과/치료내용)</p> <p>앞으로 치료 계획이 있다면 작성해주세요.</p>   |   |

#### 나. 의학적으로 검토(의료감정)가 필요한 사항

- ✓ 「의료감정」이란 조정부가 조정(중재)할 수 있도록 의학적 전문지식 또는 그 지식을 이용한 판단을 정리하는 것을 의미함  
\* 작성 예시 ① 수술을 잘못한 것이 아닌지 ② 환자의 사망 원인이 무엇인지

|   |
|---|
| <p>의료중재원에서 중점적으로 검토해줬으면 하는 의학적 내용이 무엇인지 작성해 주세요.</p> <p>1. 부른 수술 후 염증이 발생한 원인은 무엇인지<br/>2. 염증이 골수염까지 악화된 원인이 무엇인지<br/>3. B대학병원에 가서야 골수염이 발견된 이유는 무엇인지<br/>4. B대학병원에 너무 늦게 보낸 것은 아닌지</p> |
|---|

#### 다. 의료기관 측과 의료사고에 대해 협의한 내용

|  |
|--|
| <p>의료사고가 발생한 병원과 문제 해결을 위해 협의한 적이 있다면 누구와 이야기를 나누었는지 아래 체크해주시고 어떤 내용을 나누었는지 작성해 주세요.</p> <p>담당의사는 수술 후 발생한 염증은 어쩔 수 없는 합병증이라고 하였음.</p>   |
| <p>협의 대상(복수응답 가능) <input checked="" type="checkbox"/> 담당 의료인   <input type="checkbox"/> 의료기관 업무담당자   <input type="checkbox"/> 배상보험·공제조합   <input type="checkbox"/> 기타(       )</p> |

## 라. '조정신청서 ⑤번 조정신청액'의 신청내용

✓ 항목별 산정금액 및 산정근거를 기재하여 주시기 바랍니다.(진료비 영수증, 실제 근로소득 입증자료 등 추후 제출 필요)

| 구분     |        | 산정 금액       | 산정 근거  |
|--------|--------|-------------|--|
| 재산적 손해 | 치료비    | 4,300,000원  | A정형외과 1,200,000원, B대학병원 3,000,000원, C약국 100,000원<br>의료사고 피해를 치료하기 위해 실제 추가 납부한 치료비용 (산정근거) 진료비 영수증                 |
|        | 향후 치료비 | 0원          | 앞으로 치료가 필요한 경우 예상되는 비용 (산정근거) 향후치료비추정서, 장애진단서  |
|        | 개호비    | 2,800,000원  | 입원시 간병비용 발생하였음 : 입원기간 20일×140,000원<br>환자가 독립적으로 생활할 수 없어 간병인(또는 가족) 소요비용 (산정근거) 개호비 영수증, 도시일용노동자 보통인부 노임단가         |
|        | 휴업손해   | 4,500,000원  | 월 450만원을 받는 직장인으로 치료받느라 출근하지 못한 1개월 급여 청구함<br>의료사고 결과로 일을 하지 못해 벌지 못한 소득 (산정근거) 입원기간, 급여(사업)소득, 도시일용노임(보통인부)       |
|        | 일실수입   | 0원          | 의료사고로 인한 피해(사망, 장애)가 없었더라면 얻을 수 있었을 것으로 예측되는 소득 (산정근거) 장애진단서(노동능력상실률), 사망의 경우 법원은 총수입의 1/3정도를 생계비로 공제              |
|        | 기타     | 0원          | 장례비, 의료보조기기 구입 등의 비용 (산정근거)법원 장례비 인정 상한액 5백만원, 의료보조기기 구입 영수증   |
| 정신적 손해 | 위자료    | 5,000,000원  | 불수영으로 수술까지 하면서 극심한 고통에 시달렸고, 부릎에 커다란 흉터가 남게 되었으므로 이에 대한 정신적 피해 보상 필요함<br>정신적 피해 정도를 고려하여 기재 (산정근거)법원 위자료 인정 상한액 1억 |
| 합계     |        | 14,600,000원 | 각 항목별 산정금액의 합계는 조정신청서 ⑤번 '조정신청액'과 일치하여야 함  |

## 마. 의료사고 피해발생 상세 내역

- 의료사고와 관련된 내용 위주로 작성해 주세요.
- 처음 병원을 방문한 날부터 의료사고 후 현재까지 있었던 일을 시간 순서에 맞춰서 작성합니다.
- 날짜가 정확히 기억나지 않을 때는 진료 기록을 참고하여 작성해 주세요.

| 날 짜          | 환자 상태 및 처치 등  |
|--------------|---|
| 2023. 9. 24. | 계단에서 넘어져 왼쪽 무릎을 다쳤고, 치료하기 위해 A정형외과에 방문함.<br>X-ray, MRI 검사하고, 수술해야 한다고 하여 수술동의서 작성함. |

|         |   |
|---------|---|
| 9. 25.  | 관절경으로 좌측 슬관절 전방 십자인대 재건술, 외측 반월상 연골봉합술(1차) 받음                             |
| 10. 6.  | 수술 후 부종과 통증으로 항생제 치료를 받다가 퇴원함.  |
| 10. 13. | 심한 통증과 함께 수술부위에서 분비물이 흘러나와 A정형외과 방문, 균배양검사를 받고, 항생제 치료를 받았으나 상태가 호전되지 않음. |
| 11. 10. | 염증제거술(2차)을 받고, 항생제도 계속 복용하였지만 통증과 부종이 더 심해짐                               |
| 12. 4.  | B대학병원 응급실 방문함.  |
| 12. 5.  | B대학병원에서 골수염 진단으로 수술(3차)을 받고 1주일간 입원치료함.                                   |
|         |   |

년 월 일

신청서 작성이 완료되는 오늘 날짜를 기재합니다.

신청인(또는 대리인) \_\_\_\_\_ 홍 길 동 \_\_\_\_\_ (인)

성명을 기재하고, 서명 혹은 도장을 날인합니다.

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

## 개인(민감)정보 수집 · 이용 · 처리 동의서

- ◇ 한국의료분쟁조정중재원은 「개인정보 보호법」상의 개인정보보호규정을 준수하며, 같은 법률에 따라 아래와 같이 개인정보 및 민감정보 수집 · 이용에 관한 동의를 받고 있습니다.
- ◇ 수집된 개인정보는 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」에 따라 의료분쟁 조정 · 중재 및 의료사고 감정 등을 위하여 활용되며 수집 · 이용 목적 외 다른 목적으로 이용되지 않습니다.

### [개인정보 수집 · 이용 동의]

| 구 분  | 항 목                  | 수집목적                                  | 보유기간 |
|--|----------------------|---------------------------------------|------|
| 조정(중재) 신청서                                   | 계좌번호, 예금주            | 신청 수수료 환급                             | 영구   |
| 사건관련 제출서류<br>(참여의사확인서, 위임장,<br>관계증명서, 제직증명서) | 성명, 생년월일, 주소,<br>연락처 | 의료분쟁의 조정·중재<br>및 의료사고 감정에<br>관한 사무 처리 | 5년   |

☒ 동의합니다    ☐ 동의하지 않습니다

※ 위의 개인정보 수집·이용 목적에 대한 동의를 거부하실 수 있으나 의료분쟁 조정·중재, 의료사고 감정 절차 진행에 제한이 발생할 수 있습니다.

### [개인정보 수집 · 이용 내역]

개인정보 보호법 제15조제1항제2호에 따라 개인정보를 수집·이용합니다.

| 구 분               | 항 목                       | 수집목적                                  | 수집근거   | 보유기간 |
|-------------------|---------------------------|---------------------------------------|--|------|
| 조정(중재)신청서 및<br>별지 | 신청인 정보,<br>조정(중재)신청<br>내용 | 의료분쟁의 조정·중재<br>및 의료사고 감정에<br>관한 사무 처리 | 「의료사고 피해구제<br>및 의료분쟁 조정<br>등에 관한 법률」<br>시행규칙 제7조 | 영구   |

### [민감정보 수집 · 이용 내역]

개인정보 보호법 제23조제1항제2호에 따라 민감정보를 수집·이용합니다.

| 구 분                                | 항 목              | 수집목적                                  | 수집근거  | 보유기간 |
|------------------------------------|------------------|---------------------------------------|---|------|
| 조정(중재)신청서 별지                       | 의료사고 경위          | 의료분쟁의 조정·중재<br>및 의료사고 감정에<br>관한 사무 처리 | 「의료사고 피해구제<br>및 의료분쟁 조정<br>등에 관한 법률」<br>시행규칙 제7조의2제5항 | 영구   |
| 진료기록, 답변서,<br>오양급여내역,<br>오양급여비용명세서 | 환자의 건강에<br>관한 정보 |                                       |   | 5년   |

### [고유식별정보 수집 · 이용 내역]

개인정보 보호법 제24조제1항제2호, 제24조의2제1항제1호에 따라 고유식별정보를 수집·이용합니다.

| 구 분           | 항 목              | 수집목적                                  | 수집근거   | 보유기간 |
|---------------|------------------|---------------------------------------|--|------|
| 조정(중재)<br>신청서 | 여권번호,<br>외국인등록번호 | 의료분쟁의 조정·중재<br>및 의료사고 감정에<br>관한 사무 처리 | 「의료사고 피해구제 및<br>의료분쟁 조정 등에<br>관한 법률」, 시행령<br>제30조의2제5항 | 영구   |

### [개인정보 처리 안내]

귀하가 제출한 사건 관련 서류 등은 전자문서로 변환되어 보유기간까지 전자문서로 보존될 예정이며, 귀하가 제출한 서류는 다음 귀하의 의사에 따라 사건종료 후 1개월 이내에 전부 반환 또는 파기될 예정임을 알려드립니다.

본인은 전자문서 보존에 동의하며, 사건종료시 제출된 서류 일부를

☒ 반환

받겠습니다.

☐ 파기

를 요청합니다.

\* 처리 요청은 자필로 작성 바랍니다.  
반환, 파기 중 선택

20

신청인 (또는 대리인)

(서명 또는 인)

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

※ 개인정보 취급에 관한 상세한 사항은 우리 원 홈페이지 [www.k-medi.or.kr](http://www.k-medi.or.kr)의 "개인정보처리방침"을 참조하시기 바랍니다.

## 위임장

|             |        |                         |
|-------------|--------|-------------------------|
| 위임인<br>(환자) | 성명     | 홍길동                     |
|             | 주민등록번호 | 3 1 0 1 1 1 - * * * * * |
|             | 주소     | 서울특별시 중구 후암로 110        |
|             | 연락처    | 010-0000-0000           |

|     |         |                         |
|-----|---------|-------------------------|
| 수임인 | 성명      | 홍조정                     |
|     | 주민등록번호  | 6 2 0 2 2 2 - * * * * * |
|     | 주소      | 서울특별시 중구 후암로 110        |
|     | 연락처     | 010-0000-0000           |
|     | 환자와의 관계 | 직계비속(딸)                 |

본인(위임인)은 수임인을 대리인으로 선임하여 한국의료분쟁조정원에 조정신청과 취하, 의견진술, 조정절차 중 합의 및 조정결정에 대한 동의 등 본 사건의 조정과 관련된 일체의 권한을 위임합니다.

20 년 00 월 00 일

위임인 : 홍길동 (서명 또는 날인)

### 한국의료분쟁조정중재원장 귀하

|             |  |
|-------------|--|
| 대리인<br>선임범위 | 1. 당사자의 법정대리인, 배우자, 직계존비속 또는 형제자매<br>2. 변호사<br>3. 당사자로부터 서면으로 대리권을 수여받은 자<br>(제3호의 경우, 제1호에 해당하는 사람이 없거나 외국인 등 보건복지령으로 정하는 경우에 한함)<br>※ 근거 : 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조 제2항 |
|-------------|--|

※ 위임인은 성명을 기재하고 반드시 자필 서명 또는 날인하여야 합니다.

※ 위임인(환자)과 수임인의 관계를 증명할 수 있는 가족관계증명서(환자기준), 수임인의 신분증 사본 등을 제출하여야 합니다.

[위임장 양식(환자 사망의 경우)]

(예시) 망 홍길동(환자)의 상속인들 김영희(아내), 홍중재(아들), 홍한국(아들)이 홍조정(딸)에게 위임하는 경우

## 위임장

|              |        |                         |
|--------------|--------|-------------------------|
| 위임인<br>(상속인) | 성명     | 김영희                     |
|              | 주민등록번호 | 3 1 0 1 1 1 - * * * * * |
|              | 주소     | 서울특별시 중구 후암로 110        |
|              | 연락처    | 010-0000-0000           |

※ 위임인(상속인)이 다수인 경우 별지 추가 기재

|     |          |                         |
|-----|----------|-------------------------|
| 수임인 | 성명       | 홍조정                     |
|     | 주민등록번호   | 6 2 0 2 2 2 - * * * * * |
|     | 주소       | 서울특별시 중구 후암로 110        |
|     | 연락처      | 010-0000-0000           |
|     | 위임인과의 관계 | 직계비속 및 형제자매             |

본인(위임인)은 수임인을 대리인으로 선임하여 한국의료분쟁조정원에 조정신청과 취하, 의견진술, 조정절차 중 합의 및 조정결정에 대한 동의, 대리인의 선임 등 본 사건의 조정과 관련된 일체의 권한을 위임합니다.

20 년 00 월 00 일

위임인 : 김영희 (서명 또는 날인)

## 한국의료분쟁조정중재원장 귀하

|             |   |
|-------------|---|
| 대리인<br>선임범위 | 1. 당사자의 법정대리인, 배우자, 직계존비속 또는 형제자매<br>2. 변호사<br>3. 당사자로부터 서면으로 대리권을 수여받은 자<br>(제3호의 경우 제1호에 해당하는 사람이 없거나 외국인 등 보건복지령으로 정하는 경우에 한함)<br>※ 근거 : 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조 제2항 |
|-------------|---|

- ※ 위임인은 성명을 기재하고 반드시 자필 서명 또는 날인하여야 합니다.
- ※ 상속인이 다수인 경우 한 명의 상속인에게 조정과 관련된 일체의 권한을 위임할 수 있습니다.
- ※ 수임인(상속인)이 다시 대리인을 선임하는 경우 별도의 위임장을 제출하여야 합니다.
- ※ 환자, 위임인(상속인) 및 수임인의 관계를 증명할 수 있는 가족관계증명서, 수임인의 신분증 사본 등을 제출하여야 합니다.

[별지] 위임인 목록

|                |        |                         |
|----------------|--------|-------------------------|
| 위임인 2<br>(상속인) | 성 명    | 홍 중 재 (서명 또는 날인)        |
|                | 주민등록번호 | 5 7 0 1 1 1 - * * * * * |
|                | 주 소    | 서울특별시 중구 후암로 110        |
|                | 연 락 처  | 010-0000-0000           |
| 위임인 3<br>(상속인) | 성 명    | 홍 한 국 (서명 또는 날인)        |
|                | 주민등록번호 | 6 0 0 1 1 1 - * * * * * |
|                | 주 소    | 서울특별시 중구 후암로 110        |
|                | 연 락 처  | 010-0000-0000           |
| 위임인 4<br>(상속인) | 성 명    | (서명 또는 날인)              |
|                | 주민등록번호 | □ □ □ □ □ □ - * * * * * |
|                | 주 소    |                         |
|                | 연 락 처  |                         |
| 위임인 5<br>(상속인) | 성 명    | (서명 또는 날인)              |
|                | 주민등록번호 | □ □ □ □ □ □ - * * * * * |
|                | 주 소    |                         |
|                | 연 락 처  |                         |
| 위임인 6<br>(상속인) | 성 명    | (서명 또는 날인)              |
|                | 주민등록번호 | □ □ □ □ □ □ - * * * * * |
|                | 주 소    |                         |
|                | 연 락 처  |                         |
| 위임인 7<br>(상속인) | 성 명    | (서명 또는 날인)              |
|                | 주민등록번호 | □ □ □ □ □ □ - * * * * * |
|                | 주 소    |                         |
|                | 연 락 처  |                         |
| 위임인 8<br>(상속인) | 성 명    | (서명 또는 날인)              |
|                | 주민등록번호 | □ □ □ □ □ □ - * * * * * |
|                | 주 소    |                         |
|                | 연 락 처  |                         |

※ 위임인이 8명 이상인 경우 추가로 별지 작성