

PHI/KOR 2A

AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN
THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES AND
THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF KOREA
필리핀공화국 정부와 대한민국 정부 간의 사회보장에 관한 협정

MEDICAL REPORT
장애진단서

FOR USE BY THE KOREAN
INSTITUTION ONLY
한국 기관에서만 사용 가능

Date-stamp received
at the Korean institution
한국 기관에서 받은 날짜 스탬프

A. TO BE COMPLETED BY THE INSURED/APPLICANT

가입자 또는 청구인 작성란

1. Name of the insured Surname /성, Given name /이름 Middle name /중간 이름
가입자 성명

2. Contact number /연락처

3. E-mail address /전자우편주소

4. SSS Number / SSS 번호

GSIS BP Number / GSIS BP 번호

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Name of Medical Doctor)

I hereby authorize _____ to disclose any medical information, with respect to my application, to the Philippine Social Security System/Government Service Insurance System for the purposes of determining whether I am eligible for disability benefit under the Philippine legislation.

나는 이로써 필리핀 법률에 따라 장애 혜택을 받을 자격이 있는지 여부를 결정하기 위한 목적으로 필리핀 사회 보장시스템/정부서비스보험시스템에 내 신청서와 관련된 모든 의료 정보를 공개할 수 있는 권한을 _____에게 부여합니다.

(의사 성명)

Date/ 서명일 _____ MM _____ DD _____ YYYY

Signature of the insured/ applicant
가입자/청구인의 서명

B. TO BE COMPLETED BY A MEDICAL DOCTOR /의사 작성란

Your patient is applying for a disability benefit under the Philippine Social Security System/ Government Service Insurance System and has provided you with authorization to release his or her medical information. Please complete the following to assist us in determining eligibility. Please use a pen and write legibly. Any information provided by you will be used only for the purpose of determining your patient's eligibility for a disability benefit and will be protected under the Philippine legislation.

귀하의 환자는 필리핀 사회보장시스템에 따라 장애 혜택을 신청하고 있습니다.

정부서비스보험시스템을 통해 귀하에게 자신의 의료 정보를 공개할 수 있는 권한을 부여했습니다. 자격 여부를 결정하는 데 도움이 되도록 다음 사항을 작성해 주십시오. 펜을 사용하여 읽기 쉽게 작성해 주세요. 귀하가 제공한 모든 정보는 환자의 장애 혜택 자격 여부를 결정하는 목적으로만 사용되며 필리핀 법률에 따라 보호됩니다.

1. Sickness or injury causing disability /장애의 원인이 되는 상병명	2. Permanent disability /영구장애 여부 <input type="checkbox"/> Yes/예 <input type="checkbox"/> No /아니오
3. Date of disability Occurrence (MM/DD/YYYY) 장애 발생 날짜(MM/DD/YYYY)	4. Is the injury/illness work-related? 부상/질병이 업무와 관련되어 있습니까? <input type="checkbox"/> Yes/예 <input type="checkbox"/> No /아니오
5. Region of disability /장애부위	
6. Diagnosis(es) /진단병명	
7. Current state of disability /현재 장애상태 Please describe in detail, physical examination findings. If completely recovered, please indicate the date of recovery (MM/DD/YYYY) /신체검사 결과를 구체적으로 기술해 주십시오. 완전히 회복된 경우, 회복된 날짜를 기재해 주십시오. (MM/DD/YYYY)	

8. Relevant or significant previous medical history

현 질병과 관련되거나 중요한 이전의 질병 내역

* Please describe previous illness/injury and date of occurrence.

이전 질병/부상 및 발생 날짜를 설명해 주세요.

9. Hospitalization /입원

* Name of institutions, dates of hospitalization, reason(s) for admission.

기관명, 입원일자, 입원 사유

10. Relevant doctor's opinions, laboratory reports, X-ray, etc. /소견서, 검사서, X선 필름 등 목록

* Please attach relevant diagnostic results available/관련 진단 결과를 첨부해주세요.

11. Current Treatment /현재 치료

* Please describe all of the medical treatments and procedures that have been taken until now. (Please detail the information including period of treatment, names and dates of procedures, types of medication, etc.)

현재까지 치료한 내용을 모두 기재하십시오. (치료기간, 수술명, 수술일, 투약종류 등 포함)

12. Outlook for disability /향후 장애상태

Opinion on capacity of daily life activities or work /일상생활 또는 노동 능력에 대한 의견

* Please mark an appropriate item with an (x). 해당사항에 (x) 표기하십시오

- Incapable for any type of labor /어떤 종류의 노동도 할 수 없다
- Severely limited in activities of daily living / labor capacity /일상생활활동/노동능력이 심하게 제한됨
- Moderately limited in activities of daily living / labor capacity /일상생활 활동/노동 능력이 다소 제한됨
- Slightly limited in activities of daily living / labor capacity /일상생활활동/노동능력이 약간 제한됨
- Maintaining normal activities of daily living / work capacity /일상생활/업무능력의 정상적인 활동 유지

13. Confirmation of Medical Facility /진단기관 확인

Name and address of medical facility 의료기관의 명칭 및 주소	Telephone number /전화번호									
Name of medical doctor /진단 의사명	E-mail address /전자우편 주소									
Date /날짜 <table border="1" data-bbox="284 857 730 931"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> MM/월 DD/일 YYYY/년										Signature of medical doctor 진단 의사의 서명