

국민연금 장애심사

용어의 정의

▶ “초진일”

: 장애의 주된 원인이 되는 질병이나 부상에 대하여 “처음으로 의사의 진찰을 받은 날”

이 때 “처음으로 의사의 진찰을 받은 날” 이라 함은 장애의 주된 원인이 되는 상병의 전형적인 증상이나 징후로 최초의 의사의 진찰을 받은 날을 의미하되, 증상이나 징후가 전형적이지 않은 경우에는 상병의 진단일을 초진일로 할 수 있음.

▶ “완치일”

: 장애의 주된 원인이 되는 질병이나 부상이 1)~3) 중 어느 하나에 해당하는 날을 말하며, 분류별 장애판정 기준에서 완치일에 대한 구체적 판단기준을 정한 경우에는 그에 따름

1) 해당 질병이나 부상이 **의학적으로 치유된 날**

2) **더 이상 치료효과를 기대할 수 없는 경우**로서 그 증상이 고정되었다고 인정되는 날

3) 증상의 고정성은 인정되지 않으나, 증상의 정도를 고려할 때 완치된 것으로 볼 수 있는 날

◎ 국민연금 장애연금

장애연금은 질병이나 부상의 초진일 당시 일정한 가입기간이 있는 경우 완치(진행 중인 때는 초진일로부터 1년 6개월 경과)되었으나, 신체적 또는 정신적 장애가 남았을 때 이에 따른 소득 감소 부분을 보전함으로써 자신과 가족의 안정된 생활을 보장하기 위한 급여이며, 장애심사를 통해 결정된 장애정도(장애등급 1~4급)에 따라 일정한 급여를 지급합니다.

◎ 장애결정기준일(국민연금법 제67조제2항, 제70조제3항 등)

▶ 초진일로부터 **1년 6개월 경과일 전에 완치일**이 있는 경우 : **완치일**

▶ 초진일로부터 **1년 6개월 경과일까지 완치일이 없는 경우** : 초진일로부터 **1년 6개월 경과일**

▶ 장애가 악화되어 장애연금의 지급 또는 변경을 청구하는 경우 : **청구일과 완치일 중 빠른 날**

◎ 국민연금 장애심사를 위한 필수구비서류(급여 청구서류 제외)

▶ 국민연금 장애심사용 진단서 1부

▶ 국민연금 장애유형별 소견서 1부

▶ 건강보험 요양급여내역서, 산재 장애급여내역서(산재 자료의 경우 해당자에 한하여 제출 요함)

※ 공단이 위 자료에 대하여 열람발급 신청하는 것에 동의한 경우 직접 제출 불필요

▶ 초진일 및 장애결정기준일의 진료기록지, 검사자료(장애유형별 구비서류 참고)

※ 국민연금법 제67조에 의한 장애연금 지급 심사 외에도 기타 국민연금급여 지급에 있어 의학적인 사항에 대한 자문이 필요한 때(부양가족연금 계산 대상 및 유족연금 수급권 확인 심사 등)에도 상기 구비서류 제출 요함

국민연금 장애심사 구비서류(신장의 장애)

● 상병명 : 만성신부전

| 구비서류 | | 종류 및 기재사항 |
|--------------------|-------|--|
| 1. 국민연금 장애심사용 진단서 | | ■ 주요 치료내용(치료기간, 경과 등), 초진일 및 최초 투석(혈액 또는 복막) 시점, 신이식 수술일 등 장애상태 등을 상세히 기재 - 신장기능검사(혈청크레아티닌, 사구체여과율 등 혈액검사지) 및 투석 횟수를 확인 ※ 국민연금 장애심사 규정서식 사용 ※ 사망한 경우 사망원인 등을 확인할 수 있는 사망진단서(또는 시체검안서) 첨부 |
| 2. 국민연금(신장 장애) 소견서 | | |
| 3. 초진시점 | 진료기록지 | ■ 최초 내원 병원의 초진기록지(과거병력 확인) ※ 당뇨병, 고혈압, 통풍, 다낭성 신장, 사구체 신질환 등의 기저질환이 있는 경우 만성신부전의 초진일 확인 위해 해당 병력 기간의 진료기록지 및 혈액검사결과지 등의 자료보완 가능성 있습니다. |
| | 검사결과지 | ■ 혈액검사결과 : 초진일 확인을 위하여 혈청크레아티닌 농도(참고치 확인), 사구체여과율 등을 확인할 수 있는 혈액검사결과(혈청크레아티닌 정상 및 최초 비정상 범주 등을 확인할 수 있는 자료) ■ 건강검진(건강보험공단 등) 자료중 신기능을 확인할 수 있는 혈액검사자료 |
| 4. 1년 6개월 경과시점 | 검사결과지 | ■ 1년 6개월 경과시점 전·후의 혈청크레아티닌 확인할 수 있는 혈액검사결과지 2~3회분 - 혈청크레아티닌농도가 10mg/dl 이상인 경우 신장질환 이상도 혈액검사결과 [헤모글로빈(Hb), 알부민(Alb), 칼슘(Ca), 인(P)] 가 기재된 자료 제출 |
| 5. 청구시점 | 검사결과지 | ■ 청구시점(사망시점) 3개월간의 혈액투석기록지(복막투석처방전 등) 전체 및 ■ 혈청크레아티닌 확인할 수 있는 혈액검사결과지 2~3회분 - 혈청크레아티닌농도가 10mg/dl 이상인 경우 신장질환 이상도 혈액검사결과 [헤모글로빈(Hb), 알부민(Alb), 칼슘(Ca), 인(P)] 가 기재된 자료 제출 ☞ 필요한 경우 청구시점(사망시점) 직전 3개월의 진료기록지 (외래기록지, 경과기록지, 퇴원요약지) |

● 아래 완치 인정조건에 해당되는 경우 완치일 시점의 장애정도도 판단합니다.

- 신장을 이식받은 경우 : 수술일로부터 6개월이 경과된 날
- 투석요법을 받고있는 경우 : 주2회이상 지속적으로 투석요법을 처음 시작한 날로부터 3개월이 경과된 날

☞ 투석요법, 신장을 이식받은 경우 추가 구비서류

- (투석요법) 응급투석 포함한 최초 투석 및 이후 주 2회 이상 지속적인 투석요법을 시작한 날로부터 3개월 경과시점까지의 자료
 - 혈액투석 : 최초 혈액투석 시작일로부터 3개월간의 혈액투석기록지 전체(진료기록지 포함)
 - 복막투석 : 복막투석을 위한 도관 삽입 수술기록지, 최초 복막투석기록지 및 복막투석 시작일로부터 3개월간의 복막투석액 처방 확인할 수 있는 의사지시(투약내역) 기록지
- (신장이식) 신장이식 수술기록지 및 신장이식 수술일로부터 6개월 경과시점 자료
 - 신장이식 수술기록지 및 신이식 수술 후 6개월 경과시점의 혈청크레아티닌 확인할 수 있는 혈액검사결과지 2~3회분

※ 진료기록지와 검사결과지는 장애정도를 확인하기 위해 징구하며, 위 사항 이외에 심사 중 추가자료 보완 또는 재검사요청이 있을 수 있으니 양해하여 주시기 바랍니다.

7. 기타 문의사항은 전화번호 _____ 로 전화주시면 자세히 안내해 드리겠습니다.

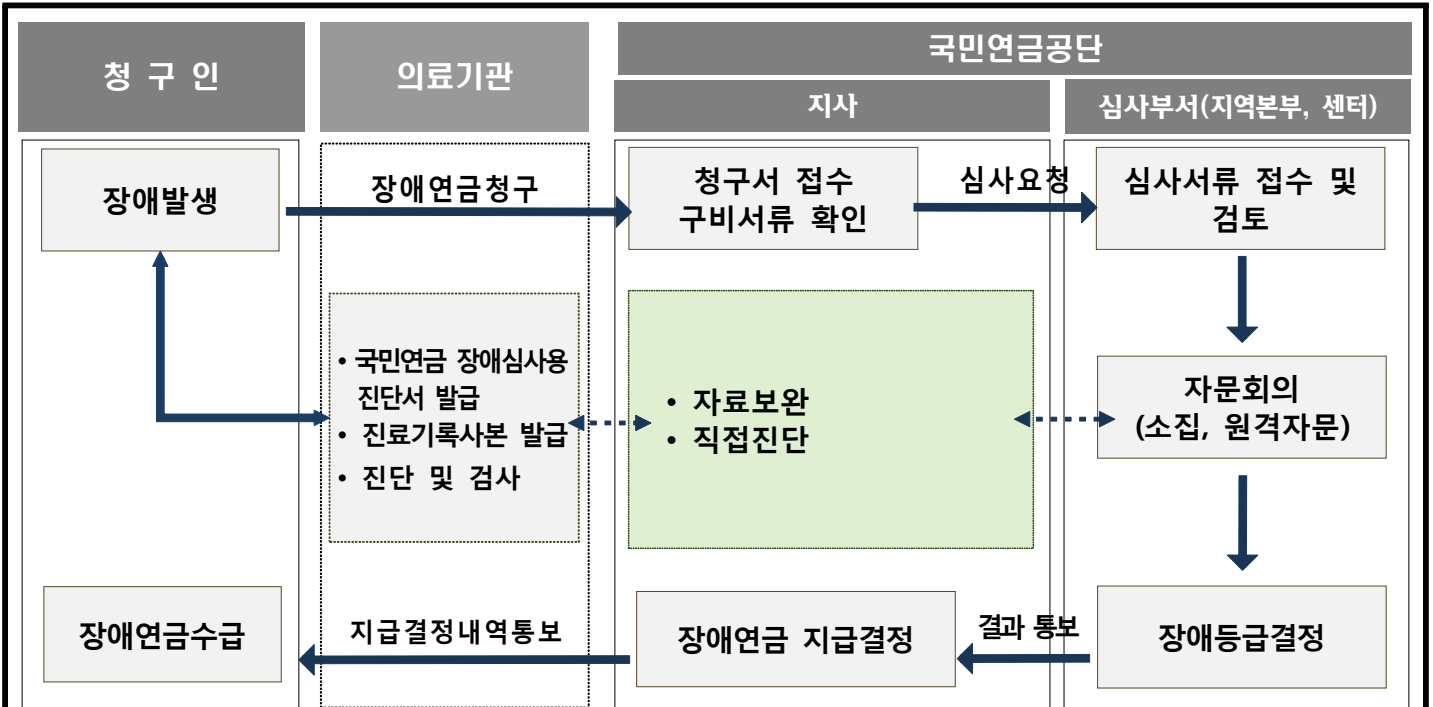
【팩스번호 : _____ , 담당자 : _____】



메 모



국민연금 장애심사 업무 흐름도



- 🌸 장애심사는 장애심사 전문기관인 국민연금공단에서 제출하신 자료를 토대로 2인 이상의 전문 의사가 참여하는 의학자문회의를 통해 투명하고 공정하게 이루어집니다.
- 🌸 제출된 심사자료로 장애상태의 확인이 어려운 경우에는 추가 자료요청이나, 공단 자문의사의 직접진단이 있을 수 있음을 양지하여 주시고, 의사소통이나 거동이 불편한 분들께는 심사 자료 발급대행 서비스를 제공하고 있으니 원하시는 경우 지사 담당자에게 문의하여 주시기 바랍니다.
- 🌸 국민연금공단에서 「신장의 장애」와 관련하여 장애인복지법에 의해 장애등록심사를 받으신 경우 해당 자료의 열람(활용)에 동의하시면 구비서류를 간소화할 수 있습니다.
- ✅ 잠깐! 「신장의 장애」의 최저 등급 인정 기준은?

| 장애유형 | 세부구분 | 장애등급 | 장애판정기준 | 비고 |
|------|------|------|---------------------------|--------------------------|
| 신장 | 기능장애 | 3급 | ◆ 혈청 크레아티닌농도 4mg/dl 이상인 자 | 주2회 이상 투석을 받는 경우 2급에 해당함 |
| | 장기이식 | 4급 | ◆ 신장을 이식받은 자 | |

🌿 국민연금공단은 모든 고객을 공정하게 모시며 최고의 서비스로 보답하겠습니다.

🌿 국민연금공단은 투명하고 청렴하게 업무를 처리하고 있습니다.

연금 신청 시 또는 장애심사 시 금품, 향응, 편의 제공을 요구하는 직원이 있거나 학연, 지연, 혈연 등의 사유로 일부 고객에게만 부당한 특혜를 주는 경우를 보거나 들으신 경우 공단 홈페이지 클린센터로 신고해 주시기 바랍니다.

[국민연금 홈페이지 www.nps.or.kr → 클린센터 → 국민연금 헬프라인(www.redwhistle.org)]

🌿 국민연금공단은 고객님의 개인정보를 철저히 보호하고 있습니다.



국민연금 장애심사용 진단서

※ 뒤쪽의 유의사항 및 기재요령을 읽고 작성하여 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

| | | | | | | |
|-----------------------|---|--------|---|---|----------------|---------|
| 대 상 자 인적사항 | 성명 | 생년월일 | | | 성별 [] 남 [] 여 | |
| | 전화번호(자택) | 휴대전화번호 | | | | |
| | 주소 | | | | | |
| 장애분류 | 장애 유형/부위 | | | | | |
| | 장애의 원인 상병명 | | | | | |
| 장애 발생 및 완치일 | 부상일 또는 발병일 | . | . | . | . | . |
| | 초진일 | . | . | . | . | . |
| | 완치일 | . | . | . | . | . |
| 치료내용 및 장애상태 | ※ 주요 치료내용 및 장애상태를 기재 하되, 각종 검사 소견, 현재까지의 치료내용(치료기간, 경과, 수술명, 수술일, 최초 투석일 등) 및 모든 임상증상 등 장애상태를 별지 제2호 내지 별지 제16호 서식(장애유형별 소견서)에 상세히 기재 | | | | | |
| 기존 장애(동일부위) []유 []무 | | 발생시기 | . | . | . | 기존 장애상태 |
| 향후 장애상태 | 일상생활 활동 능력 또는 노동능력에 관한 의견 | | | | 예후 | |
| | 변동가능성 []유 []무 | 변동가능사유 | | | | |

위와 같이 장애상태를 진단합니다.

년 월 일

진단기관명



진단 의사명

(서명 또는 인)

소재지

의사 면허번호

의료기관지정번호

전문의 자격번호

전문의 과목

유 의 사 항

1. 본인 확인은 진단의사가 주민등록증과 대조(미성년자인 때는 기타 본인을 확인할 수 있는 방법으로 대체할 수 있음)하여 확인하고 진단서 및 장애유형별 소견서에 날인한다.
2. 국민연금 장애심사를 위해 진단서 발급시 발급기관과 최초 진료기관이 다른 경우에는 최초 진료기관의 일반진단서 또는 의사소견서를 첨부하여야 하며, 해당 상병이 완치된 경우 장애진단서를 발급하되 완치되지 아니한 경우는 초진일로부터 1년6개월이 경과된 날을 기준으로 장애진단서를 발급한다.
3. 진단서의 구체적인 장애상태는 장애유형별 소견서에 기재하며, 진단서 및 소견서에 기재되어 있는 내용은 진료기록, 검사결과 등에서 확인이 가능하여야 한다.

기 재 요 령

1. 다음과 같은 장애상태, 임상증상 및 수술(수술명,수술일), 투약내용(약물명, 용량) 등의 치료내역, 각종 검사결과, 보조기 착용여부 등의 결과를 객관적이고 구체적으로 기재하여야 한다.
 - 가. 눈의 장애 : 최대교정시력 및 시야협착 소견과 시야·굴절검사결과, 질환에 따라 칼라안저사진, VEP(시유발전위도검사), OCT(시신경망막CT), FAG(형광조영술), ERG(전기생리적검사) 등
 - 나. 귀의 장애 : 평균순음청력역치검사(3회), 최대어음명료도(3회), 청성뇌간반응검사, 임피던스검사 등
 - 다. 입의 장애 : 언어정도(자음정확도, 실어증지수 등), 섭취방법 및 섭취 가능한 음식물의 내용, 개구정도, 교합상태, 체중감소 정도 등의 소견과 해당부위 CT/MRI, 연하조영검사결과 등
 - 라. 지체의 장애 : 운동가동범위, 근력, 운동의 정밀성, 속도 및 내구성, 감각 등의 소견과 해당부위 X-ray/CT/MRI, 근전도검사결과, 뇌파검사결과, 호엔야척도 등
 - 마. 정신·신경계통 장애 : 정신질환의 경우 진단명, 상태, 치료내용 및 투약, 뇌전증의 경우 발작양상, 빈도, 주당 횟수, 투약 등의 소견과 인지기능저하시 임상심리검사결과, CDR/GDS 등
 - 바. 호흡기의 장애 : 호흡곤란의 정도, 흉부 X-ray/CT/MRI, 폐기능검사결과 등
 - 사. 심장의 장애 : 심질환의 중증정도, 흉부 X-ray, 심전도, 심장초음파검사결과, 운동부하검사결과, 핵의학검사결과 등
 - 아. 신장의 장애 : 최초 투석일(주2회 이상 최초 투석하게 된 날) 및 3개월 이상 지속적으로 투석 받고 있는지에 대한 구체적인 소견, 혈액검사결과(혈청크레아티닌, 사구체여과율) 등
 - 자. 간의 장애 : 복수(중증도, 지속여부), 식도정맥류(중증정도,출혈여부,횡수), 간성뇌증, 복막염 병력 등의 소견과 혈액검사결과(알부민, 총빌리루빈, 프로트롬빈시간연장(초)/INR), 초음파/CT 등
 - 차. 혈액·조혈기의 장애 : 임상증상, 일반상태 등의 소견과 수혈, 항암(약물명, 용량, 투여기간), 조혈모세포이식 등의 치료내용, 골수검사결과, 혈액검사결과(혈색소, 절대호중구수, 혈소판 등) 등
 - 카. 복부·골반장기의 장애 : 건강시 대비 체중감소정도(Kg), 장루(요루) 보유여부, 자기도뇨 시행여부 등의 소견과 혈액검사결과(혈색소량, 알부민 등) 해당부위 X-ray/CT/MRI, 요역동학검사결과 등
 - 타. 안면의 장애 : 노출된 안면부의 변형정도, 해당부위 X-ray/CT/MRI
 - 파. 악성신생물(고형암)의 장애 : 임상증상, 일반상태 등의 소견과 수술, 수혈, 항암(약물명, 용량, 투여기간), 방사선 등의 치료내용 해당부위 CT/MRI/초음파/내시경/조직검사결과 등
2. 기존장애(질병포함) : 동일부위에 현 장애 이외의 장애를 이미 지니고 있는 경우이며 발생시기, 장애상태 등을 기재
3. 향후 장애상태에 관한 의견 : 일상생활능력 또는 노동능력에 관한 진단의의 소견을 구체적으로 기재
4. 진단서에 있는 용어 정의
 - 가. 초진일 : 장애의 주된 원인이 되는 질병이나 부상에 대하여 처음으로 의사의 진찰을 받은 날을 말하며, 진단서 발급 의료기관이 초진의료기관이 아닌 경우는 "미상"으로 기재
 - 나. 완치일 : 다음 중 어느 하나에 해당되는 날을 말하며, 객관적인 자료로 그 근거가 확인되어야 함
 - ① 해당 질병이나 부상이 의학적으로 치유된 날
 - ② 더 이상 치료효과를 기대할 수 없는 경우로서 그 증상이 고정되었다고 인정되는 날
 - ③ 증상의 고정성은 인정되지 아니하나, 증상의 정도를 고려할 때 완치된 것으로 볼 수 있는 날

국민연금(신장 장애) 소견서

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|-----------|---------------|----------------------------|--|---------------|---------------|-----------|--|
| 성 명 | | 생년월일 | | | | | | 성별 | []남 []여 | |
| 용어 정의 | ※ 만성신부전의 초진일이란? ① 혈청 크레아티닌이 3개월 동안 비정상범주에 2회이상 해당되는 때 ② 혈청 크레아티닌이 비정상범주이고 사구체여과율이 60ml/min 미만인 때(사구체여과율 검사결과가 없을 경우 사구체여과율추정치로 계산) 단, 두 가지가 모두 충족하는 경우는 우선하는 날을 초진일로 함 | | | | | | | | | |
| | ※ 최초 투석일이란 ? 주2회 이상의 지속적인 투석을 시작한 날 ※ 완치일이란? - 투석요법을 처음 시작한 날로부터 3월이 경과한 날, 신장이식 수술일로부터 6월이 경과한 날 | | | | | | | | | |
| 투석 종류 (※ 해당 항목에 √표 하세요) | | | | | 복막투석 (), 혈액투석 () | | | | | |
| 최초투석일 | | 년 월 일 | | | 투석횟수 | | 주 ()회 시행 | | | |
| 신장이식 시행일 | | | | | | | | | | |
| 검 사 항 목 | 검 사 명 | 검 사 시 점 | | | 검 사 일 | | 검 사 결 과 | | | |
| | 혈청 크레아티닌 검사(Cr) | 초진 시점 | | | | | () mg/dl | | | |
| | | 1년 6개월 시점 | | | | | () mg/dl | | | |
| | | 완치 시점 | 투석 후 3개월 | | | | | () mg/dl | | |
| | | | 신이식 후 6개월 | | | | | () mg/dl | | |
| | | 최근 시점 | | | | | () mg/dl | | | |
| | 사구체여과율 (GFR) | 적 용 공 식 | | | 검 사 일 | | 결 과 | | | |
| | *만성신부전의 초진시점만 기재 | [] MDRD-GFR(ml/min/1.73m ²) | | | | | | | | |
| | 검 사 명 | 검 사 일 | | | 검 사 결 과 | | | | | |
| | 혈색소량(Hb) | | | | () g/dl | | | | | |
| 알부민(alb) | | | | () g/dl | | | | | | |
| 칼슘(Ca) | | | | () mg/dl | | | | | | |
| 인(P) | | | | () mg/dl | | | | | | |
| 기타 의사소견 | | | | | | | | | | |

※ 최근 3개월내에 시행한 검사결과 중 가장 병상을 적절히 나타내는 검사성적을 근거로 작성하고 근거자료(예, 검사결과, 의무기록 등)를 첨부하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

의료기관 명칭: 의사면허번호: 전문과목: 의사 성명: (인)