

# 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 열람·발급 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(간의 장애)

## ● 상병명 : 간경변, 간암 등

구비서류		종류 및 기재사항
1. 국민연금 장애심사용 진단서		■ 주요 치료내용(치료기간, 경과 등) 및 장애상태, 각종 검사소견 등 상세히 기재 ※ 국민연금 장애심사 규정서식(장애심사규정 별지 제1호~제16호) 사용 ※ 사망한 경우 사망원인 등을 확인할 수 있는 사망진단서(또는 시체 검안서) 첨부
2. 국민연금(간 장애) 소견서		
3. 초진시점	진료기록지	■ 초진 당시 과거병, 상병명, 내원 당시상태, 치료내용 등을 확인할 수 있는 자료 ☞ 응급실기록지, 외래기록지, 경과기록지, 입퇴원요약지, 일반소견서 등 ※ 건강보험요양급여내역서 상 ***로 조회되는 경우 상병명, 요양기관명 등을 확인하여 제출
	검사결과지	■ 검사결과지(CT, 초음파, MRI, PET검사결과판독지, 조직검사결과지, 위내시경 판독결과지 등) ■ 간기능검사결과지
4. 1년 6개월 경과시점	진료기록지	■ 전·후 6개월간의 진료기록지 ☞ 간경변의 중증도(복수/간성뇌증/식도정맥류출혈 유무 및 정도/간신증후군/자발성세균성복막염여부 등), 치료내용 등을 확인할 수 있는 진료기록지 ☞ 간암치료내용(간동맥화학색전술, 고주파열치료술, 항암치료 등) 등을 확인할 수 있는 경과기록지 ■ 간을 이식받은 경우 간이식수술기록지, 수술병리검사결과지, 간이식일로부터 6개월 경과시점 자료(임상증상<간이식 후 거부 반응유무>, 치료내용<경피경간담도배액술 등> 등을 확인할 수 있는 진료기록지) 첨부
	검사결과지	■ 전·후 6개월간의 검사결과지 ☞ 간기능혈액검사결과지(총빌리루빈, 알부민, 프로트롬빈시간<초, INR> 등) ☞ CT, 초음파, MRI, PET검사결과판독지, 조직검사결과지, 위내시경판독결과지 ☞ 간암치료를 위한 시술내용 확인 가능한 영상의학검사결과지(간동맥화학색전술, 고주파열치료술 등) ■ 간을 이식받은 경우 간이식일로부터 6개월 경과시점의 검사결과지 첨부
5. 청구시점	진료기록지	■ 최근 6개월간의 진료기록지 및 검사결과지 ☞ 초진일로부터 1년 6개월 경과시점 구비서류의 기재사항을 참고하여 최근 6개월간의 진료기록지 및 검사결과지 등 자료 제출
	검사결과지	
● 아래 완치 인정조건에 해당되는 경우 완치일 시점의 장애정도도 판단합니다. - 간을 이식받은 경우 : 수술일로부터 6개월이 경과된 날		

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

※ 간암이 발생한 경우는 「악성신생물의 장애」 소견서 및 구비서류를 참고하여 제출바랍니다.

6. 기타 문의사항은 전화번호 \_\_\_\_\_로 전화주시면 자세히 안내해 드리겠습니다.

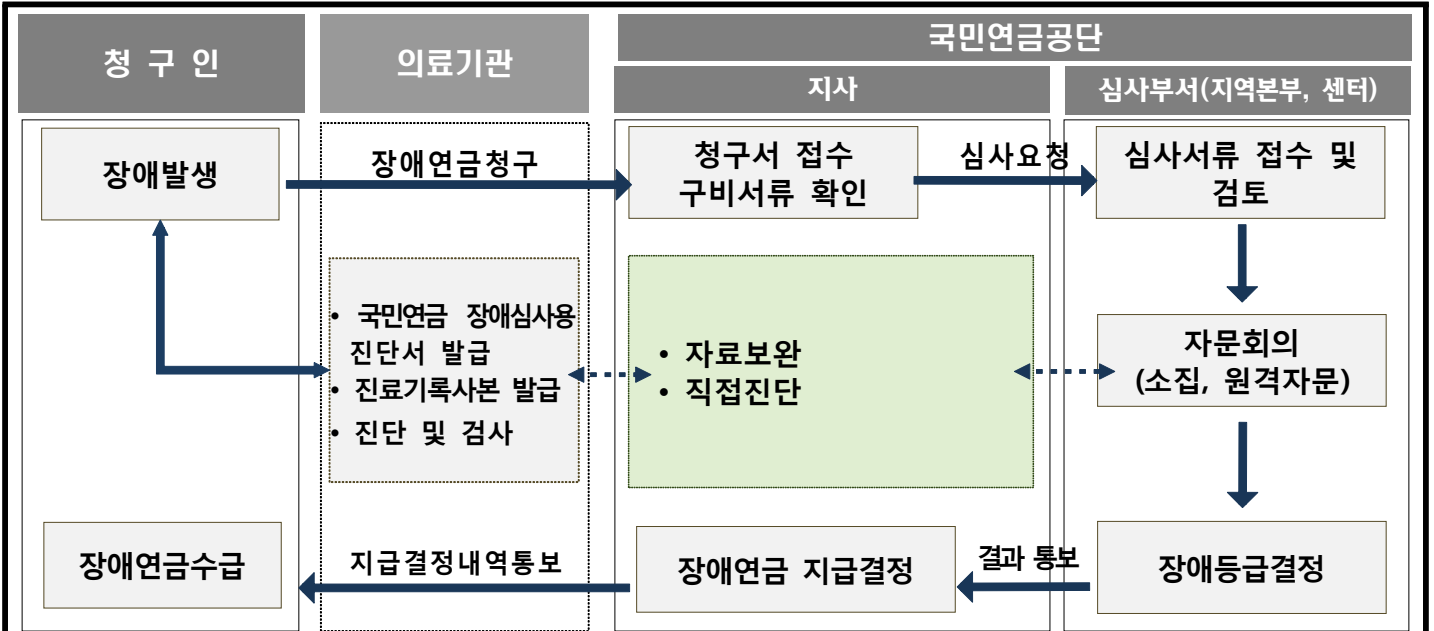
【팩스번호 : \_\_\_\_\_, 담당자 : \_\_\_\_\_】



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 「간의 장애」와 관련하여 장애인복지법에 의해 장애등록심사를 받으신 경우 해당 자료의 열람(활용)에 동의하시면 구비서류를 간소화할 수 있습니다.

✓ 잠깐! 「간의 장애」의 최저 등급 인정 기준은?

장애유형	세부구분	장애등급	장애판정기준
간	기능장애	3급	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ (공통) 보행과 신체주위의 일은 할 수 있지만 때로 조금의 도움이 필요하고 가벼운 노동을 할 수 없으며 깨어있는 시간의 50% 이상을 누워있는 경우에 해당하고</li> <li>◆ Child Pugh B인 경우 아래 증상 중 2가지 이상의 소견 또는 Child Pugh C인 경우 아래 증상 중 1가지 이상의 소견이 있는 경우                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 복수, 간성뇌증, 정맥류, 정맥류출혈 병력, 자발성세균복막염, 간신증후군, 합병증 수술 치료병력 등</li> </ul> </li> </ul>
	장기이식	4급	◆ 간이식

🌈 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](http://www.nps.or.kr) → 클린센터 → 국민연금 헬프라인([www.redwhistle.org](http://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(간 장애) 소견서

성 명		생년월일					성별	[ ] 남 [ ] 여
-----	--	------	--	--	--	--	----	-------------

※ 장애상태(   년   월   일 현재) (해당 항목에 √ 표 하세요)

**< A 표 : 만성간질환의 증상중증도 구분표 >**

중증도	임 상 증 상	해당 항목
1	1) 난치성 복수가 지속하는 경우	
	2) 4등급의 간성뇌증이 있거나 만성간성뇌증이 있는 경우	
	3) 치료에 반응하지 않는 정맥류 출혈이 있는 경우	
	4) 제1형 간신증후군이 있는 경우	
2	1) 3등급의 복수가 지속하는 경우	
	2) 3등급의 간성뇌증이 있거나 간성뇌증이 반복하는 경우	
	3) 정맥류 출혈이 반복되는 경우	
	4) 자발성세균성복막염이 반복되는 경우	
	5) 제2형 간신증후군이 있는 경우	
3	1) 2등급의 복수가 지속하는 경우	
	2) 1,2등급의 간성뇌증이 있는 경우	
	3) 정맥류 출혈이 발생하였거나 정맥류 출혈의 과거력이 있는 경우	
	4) 자발성세균성복막염이 발생하였거나 자발성세균성복막염의 과거력이 있는 경우	
4	1) 1등급의 복수가 있는 경우	
	3) 정맥류가 존재하는 경우	
	4) 합병증으로 수술적 치료를 받았던 경우	

**< B 표 : Child Pugh 분류 >** (해당 항목에 점수기재 하세요)

구 분	1점	2점	3점	해당 항목
혈청 빌리루빈(mg/dL)	<2.0	2.0~3.0	>3.0	
혈청 알부민(g/dL)	>3.5	2.8~3.5	< 2.8	
프로트롬빈시간연장(초)	<4	4~6	>6	
INR	<1.7	1.7~2.3	>2.3	
복수	없음	1등급 또는 2등급	3등급 또는 난치성	
간성뇌증	없음	1등급 또는 2등급	3등급 또는 4등급	

※ Child Pugh A등급은 5~6점, B등급은 7~9점, C등급은 10점 이상으로 분류한다.

**< C 표 : 일반상태구분표 >**

구 분	일 반 상 태	해당 항목
1	경도의 증상이 있고 육체노동은 제한을 받지만 보행, 가벼운 노동과 앉아서 하는 일(가사, 사무 등)은 할 수 있다.	
2	보행과 신체주위의 일은 할 수 있지만 때로 조금의 도움이 필요하고 가벼운 노동을 할 수 없으며 깨어 있는 시간의 50% 이상을 누워 있다.	
3	신체주위의 일은 할 수 있지만 때때로 도움이 필요하고 깨어 있는 시간의 50% 이상을 누워 있다.	
4	신체주위의 일도 할 수 없고 항상 도움이 필요하며 종일 누워 있어야 한다.	

간이식 시행	유 [ ] 무 [ ]	간이식일	
기타 의사소견			

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

년                    월                    일

의료기관명칭 :                                  의사면허번호 :                                  전문과목 :                                  의사 성명 :                                  (인)

## 국민연금(악성신생물(고형암) 장애) 소견서

성명		생년월일						성별	[ ]남 [ ]여	
※ 장애상태(   년   월   일 현재) <span style="float: right;">(해당 항목에 √표 하세요)</span>										
치료내용	수술	유 [ ] 무 [ ]	수술일		년   월   일					
		수술명				[ ] 근치적   [ ] 고식적				
	항암화학요법	항암제명	치료기간			반응				
						CR [ ] PR [ ] SD [ ] PD [ ]				
						CR [ ] PR [ ] SD [ ] PD [ ]				
	방사선요법	치료기간:				반응: CR [ ] PR [ ] SD [ ] PD [ ]				
치료기간:					반응: CR [ ] PR [ ] SD [ ] PD [ ]					
일반상태	구분	일반 상태						해당항목		
	1	경도의 증상이 있고 육체노동은 제한을 받지만 보행, 가벼운 노동과 앉아서 하는 일(가사, 사무 등)은 할 수 있다.								
	2	보행과 신체주위의 일은 할 수 있지만 때로 조금의 도움이 필요하고 가벼운 노동을 할 수 없으며 깨어 있는 시간의 50% 이상을 누워 있다.								
	3	신체주위의 일은 할 수 있지만 때때로 도움이 필요하고 깨어 있는 시간의 50% 이상을 누워 있다.								
	4	신체주위의 일도 할 수 없고 항상 도움이 필요하며 종일 누워 있어야 한다.								
검사항목	구분		검사일	검사결과						
	내시경검사									
	조직검사									
	컴퓨터단층촬영(CT)									
	자기공명영상(MRI)									
	양전자방출단층촬영술(PET)									
	뼈스캔검사(Bone scan)									
	기타 검사									
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

의료기관명칭 :                      의사면허번호 :                      전문과목 :                      의사 성명 :                      (인)

210mm×297mm[백상지(80g/m<sup>2</sup>) 또는 종질지(80g/m<sup>2</sup>)]