



테네시주 산재 보상국  
 220 French Landing Drive, I-B  
 Nashville, TN 37243-1002  
 800-332-2667

C-26 양식

## 보상 혜택의 변경 또는 종료 통지

NOTICE OF CHANGE OR TERMINATION OF COMPENSATION BENEFITS

본 양식은 조정인이 산재 보상 청구인이 받게 될 보상 혜택 금액의 변경 또는 종료를 알리는 데 사용됩니다. 본 정보는 변경 또는 종료 후 영업일 기준 5일 이내에 EDI를 통해 산재 보상국에 제공되어야 하며 산재 보상국에 대한 통지와 동시에 본 양식을 사용하여 청구인에게 정보를 제공해야 합니다.

주 파일 번호 #: State File # \_\_\_\_\_ 보험사 청구 번호# Insurer Claim # \_\_\_\_\_  
 청구인 이름 Claimant Name \_\_\_\_\_  
 고용주 이름 Employer Name \_\_\_\_\_  
 상해 날짜 Date of Injury \_\_\_\_\_ 장애 날짜 Date of Disability \_\_\_\_\_

### 혜택 변경 CHANGE OF BENEFITS

보상 혜택 요율이 Compensation benefit rate changed from \$ \_\_\_\_\_ 에서 다음 금액으로 변경되었습니다 to \$ \_\_\_\_\_  
 변경 이유: Reason for change: \_\_\_\_\_

변경 날짜: Date of change: \_\_\_\_\_ 청구인이 통지받은 날짜: Date claimant notified: \_\_\_\_\_

### 혜택 종료 TERMINATION OF BENEFITS

혜택 종료 날짜 Date benefits terminated \_\_\_\_\_ 청구인이 통지받은 날짜: Date claimant notified: \_\_\_\_\_  
 종료 이유: Reason for termination: \_\_\_\_\_

### 보험사/자가보험사/TPA INSURER/SELF-INSURER/TPA

조정인 이름(정자체) Adjuster Name (printed) \_\_\_\_\_ 전화번호 Phone # \_\_\_\_\_

조정인 이메일 주소 Adjuster Email Address \_\_\_\_\_ 날짜 Date \_\_\_\_\_