

[별지 제23호서식]  
[แบบที่ 23]

กรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)

반환일시금 [ ] 사망일시금 지급 청구서  
ใบคำร้องขอรับเงินบำนาญ  กรณีจ่ายคืน [ ] กรณีเสียชีวิต

\* 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하여 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다. (앞 쪽)  
\* กรุณากำหนดตำแหน่งที่อยู่ที่ด้านหลัง / เขียนเครื่องหมาย √ ในช่อง [ ] ที่ถูกต้อง (ด้านหลัง)

접수번호 เลขที่ใบสมัคร	접수일자 วันที่ยื่นใบขอ	처리기간 ระยะเวลาดำเนินการ	30일 30วัน
-----------------------	------------------------	---------------------------	--------------

성명 ชื่อ สกุล	ชื่อ - สกุล ผู้ยื่น	주민등록번호 หมายเลขประจำตัวประชาชน	หมายเลขบัตรประจำตัวคนต่างด้าว (เลขกามา)
전화번호(주택) โทร(บ้าน)		휴대전화번호 มือถือ	ระบุ ตัวอย่าง (+66) 97186 9036

수급권자 (대표자)  
ที่อยู่ ระบุที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

ผู้รับเงินบำนาญ (ผู้แทนผู้รับเงินบำนาญ)  
전자우편주소(e-mail) อีเมล

가입자(사망자)와의 관계 ความสัมพันธ์กับผู้สมัครประกัน (ผู้เสียชีวิต)	동순위 수급권자 ผู้รับเงินบำนาญที่มีสิทธิเสมอภาค	[ ] 단독 มีคนเดียว [ ] 동순위자(명) มีหลายคน(คน)	대표자 선정여부 ผู้แทน	[ ] 선정 มี [ ] 미선정 ไม่มี
---	--	--	--------------------	----------------------------------

급여액 결정·변경내역 수신방법 วิธีการรับแจ้ง: จำนวนเงินบำนาญ และความเปลี่ยนแปลง	<input checked="" type="checkbox"/> 문서 จดหมาย [ ] 전자우편주소(e-mail) อีเมล [ ] 문서 및 전자우편주소(e-mail) จดหมายและอีเมล
---	--

가입자(사망자) ผู้สมัครประกัน (ผู้เสียชีวิต)	성명 ชื่อ สกุล	주민등록번호 หมายเลขประจำตัวประชาชน	사망일 วันที่เสียชีวิต
---	-----------------	----------------------------------	------------------------

지급계좌 บัญชีที่รับเงิน	금융기관 สถาบันการเงิน(ธนาคาร) ระบุ ตัวอย่าง BANGKOK BANK	계좌번호 เลขที่บัญชี ระบุ
-------------------------	---	--------------------------

※ 지급사유 ※ เหตุผลการจ่ายเงิน	※ 지급사유발생일 ※ วันที่ทำการจ่ายเงิน บำนาญ	※ 장애 표시 ※ ความพิการ	[ ] 해당 พิการ [ ] 미해당 ไม่พิการ	※ 미지급급여 ※ เงินบำนาญที่ค้างจ่าย	[ ] 해당 มี [ ] 미해당 ไม่มี
-------------------------------	---	------------------------	--	-----------------------------------	----------------------------------

동순위 수급권자 ผู้ที่มีสิทธิรับเงินบำนาญ	번호 หมายเลข	성명 ชื่อ สกุล	주민등록번호 หมายเลขประจำตัวประชาชน	대표자 선정 กำหนดตัวแทน 신청일자 วันที่กำหนด	서명 또는 인 ลายเซ็น	※ 장애 표시 ※ ความพิการ
	①					
	②					

외국연금 가입기간	[ ]없음 [ ]있음 (국가명 / 가입기간: / )
ระยะเวลาสมัครเงินบำนาญต่างชาติ	ไม่มี มี (ประเทศ / ระยะเวลา: / )
외국 거주기간	[ ]없음 [ ]있음 (국가명 / 거주기간: / )
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในต่างประเทศ	ไม่เคยอยู่ เคย (ประเทศ / ระยะเวลา: / )

※ 급여 선택 ※ การเลือกรับเงินบำนาญ	발생급여 ① (발생일) จำนวนเงินบำนาญ (วันที่)	② ( / / )	③ ( / / )	선택급여 (발생일) เงินบำนาญที่เลือก (วันที่)	( / / )
-----------------------------------	---	-----------	-----------	--	---------

대리인 ผู้รับมอบอำนาจ แทน	성명 ชื่อ สกุล	주민등록번호 หมายเลขประจำตัวประชาชน	
	전화번호(주택) โทร(บ้าน)	휴대전화번호 มือถือ	수급권자와의 관계 ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร
	주소 ที่อยู่		
	수급권자 확인 รับรองโดย ผู้รับเงินบำนาญ	(인) (ตราประทับ)	기관장 확인 รับรองโดย ผู้มีอำนาจสูงสุด

「국민연금법 시행규칙」 제31조에 따라 위와 같이  반환일시금 [ ] 사망일시금의 지급을 청구합니다.  
ขอยื่นคำร้องขอรับบำนาญ  กรณีจ่ายคืน [ ] กรณีเสียชีวิต ตาม 「กฎหมายว่าด้วยกองทุนบำนาญแห่งชาติ บทปฏิบัติ」 ข้อที่ 31 ตามข้อมูลข้างต้น

ปี  <sup>ระบุ</sup>    
วัน เดือน ปี

청구인 **ลงลายมือชื่อ** (서명 또는 인)  
ผู้ยื่นใบขอ **ตามหนังสือเดินทาง** (เซ็นชื่อหรือประทับตรา)

국민연금공단 이사장 귀하  
เรียน ประธานกองทุนบำนาญแห่งชาติ

**청구시 확인사항**  
**ข้อควรทราบก่อนยื่นคำขอรับเงินบำนาญ**

- 본인은 반환일시금을 지급받으면 노령연금, 장애연금, 유족연금 또는 사회보장협정에 의한 합산급여를 지급받을 수 없게 된다는 사실을 알고 있음에도 불구하고 반환일시금을 청구하고자 합니다.  
ข้าพเจ้าทราบว่า การขอรับเงินบำนาญในกรณีจ่ายคืนจะทำให้ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิรับเงินบำนาญกรณีชราภาพ พิการ หรือการรับเงินบำนาญของครอบครัวผู้เสียชีวิต รวมถึงการรับเงินประกันสังคมตามข้อตกลงความร่วมมือด้านประกันสังคม แต่อย่างไรก็ตาม
- 직역연금 가입이력이 있는 경우 반환일시금(60세 도달)을 지급받으면 국민연금과 직업연금간 연계 신청(공적연금 연계)을 할 수 없게 된다는 사실을 알고 있음에도 불구하고 반환일시금을 청구하고자 합니다.  
ข้าพเจ้าทราบว่า การขอรับเงินบำนาญในกรณีจ่ายคืน หากข้าพเจ้ามีประวัติสมัครประกันสังคมพิเศษ หลังจากที่ข้าพเจ้ารับเงินบำนาญในกรณีจ่ายคืนแล้ว(อายุครบ 60ปี) ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิขอรับเงินบำนาญแห่งชาติและประกันสังคมพิเศษอีกต่อไป

청구인 **ลงลายมือชื่อ** (서명 또는 인)  
ผู้ยื่นคำร้องขอ **ตามหนังสือเดินทาง** (เซ็นชื่อหรือประทับตรา)

210mm×297mm [일반용지 60g/㎡ (재활용품)]  
210mm×297mm [กระดาษธรรมดา 60g/㎡ (รีไซเคิล)]