

Application for a Disability Pension

장애연금 지급 청구서

Please refer to the back side for application tips. Spaces marked ※ are for official use only.
뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하여 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

(Front)
(앞 쪽)

Receipt no. 접수번호	Date of receipt 접수일자	Period for Handling 처리기간	30 days 30일
---------------------	-------------------------	-----------------------------	----------------

Beneficiary 수급권자	Name 이름 : ชื่อ - สกุล ผู้เบิก	Resident registration no. 주민등록번호 : เลขบัตรกรมฯ
	Tel.(Home) 전화번호(주택) :	Tel.(Mobile) 휴대전화번호 : X
	Mailing address 주소 : X	
	E-mail 전자우편주소 : X	

Method of Correspondence 급여액 결정·변경내역 수신방법	<input type="checkbox"/> Document 문서 <input type="checkbox"/> E-mail 전자우편주소 <input type="checkbox"/> Document and e-mail 문서 및 전자우편주소
--	--

Receiving Account 지급계좌	Financial Institution 금융기관 : ชื่อธนาคารของผู้เบิก	Account no. 계좌번호 : เลขบัญชีธนาคารของผู้เบิก
---------------------------	--	--

Payment Adjustment 급여액 조정사항	Industrial Accident 업무상 재해여부	<input type="checkbox"/> Y [] N 대상 비대상	Received industrial accident compensation 재해보상금 수령여부	<input type="checkbox"/> Y [] N 수령 미수령
	Third person injury 제 3자 가해여부	<input type="checkbox"/> Y [] N 있음 없음	Received compensation for the injury 손해배상금 수령여부	<input type="checkbox"/> Y [] N 수령 미수령

Recipient Eligible for Additional Pension 부양가족연금 지급 대상자	No. 번호	Name 성명	Resident Registration No. 주민등록번호	Relationship to the beneficiary 수급권자와의 관계	※ Degree of disability 장애표시
	①				
	②				
	③				
	④				

Foreign Pension Entitlement 외국연금 가입기간	<input checked="" type="checkbox"/> N 없음 [] Y 있음 (Nation 국가명 / Period 가입기간: /)
Lived Abroad 외국 거주기간	<input checked="" type="checkbox"/> N 없음 [] Y 있음 (Nation 국가명 / Period 가입기간: /)

※ Choice of Benefit 급여 선택	Eligible benefits 발생급여 (Date) 발생일	① (D M Y)	② (D M Y)	③ (D M Y)	Benefit Chosen 선택급여 (Date) 발생일 (/ /)
------------------------------	--------------------------------------	-------------	-------------	-------------	---

Application by Agent 대리인	Name 성명 :	Resident registration no. 주민등록번호 :	
	Tel. (Home) : 전화번호 (주택)	Tel. (Mobile) : 핸드폰	Relationship to the beneficiary 수급권자와의 관계 :
	Mailing address 주소 :		
	Verified by beneficiary 수급권자 확인 (Seal) (인)		Verified by a relevant chief official 기관장 확인 (Seal) (인)

I hereby apply for the Disability Pension under Article 22(3) of the Enforcement Regulation of the National Pension Act.

「국민연금법 시행규칙」 제22조제3항에 따라 위와 같이 장애연금의 지급을 청구합니다.

D일. M월. Y년.
Applicant 청구인 : **ลงลายมือชื่อผู้เบิก** (Signature or Seal) (서명 또는 인)

To. President of National Pension Service 국민연금공단 이사장 귀하

Consent to using the National Health Insurance's information and medical institution's data.
국민건강보험 요양급여내역 및 의료기관 자료 열람 등 동의서

I hereby agree to the NPS's verification of medical data from the National Health Insurance.

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당직원이 요양기관, 상병의 발생일, 초진일 및 장애 정도 확인 등을 위하여 필요한 경우 본인의 국민건강보험 요양급여내역, 「의료법」에 따른 의료기관의 기록 등의 자료열람(발급신청)하는 것에 동의합니다.

Applicant 청구인 : **ลงลายมือชื่อผู้เบิก** (Signature or Seal) (서명 또는 인)

<p>Required Documents 청구인 제출서류</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A copy of the applicant's resident registration card or other identification card 주민등록증 등 청구인의 신분증 사본 1부(주민등록증 등 신분증을 제시함으로써 갈음할 수 있습니다) 2. A Certificate of Marital Relations 혼인관계증명서 1부(분할연금 대상자가 있는 경우에만 해당합니다) 3. A Certificate of Family Relations (In the case of the dependent(s) eligible for additional pension) 가족관계증명서 1부(부양가족연금 대상자가 있는 경우에만 해당합니다) 4. A copy of the beneficiary's Identification card (In the case of application by an agent) 장애연금 수급권자의 신분증 사본 1부(대리인이 청구하는 경우에만 해당합니다) 5. A Medical Report for NPS's disability examination (If the medical institution which issued the medical report is different from the first medical institution, the first institution's medical report should be attached. 국민연금 장애심사용 진단서 1부(장애심사용 진단서 발급기관과 최초 진료기관이 다른 경우에는 최초 진료기관의 일반 진단서 또는 의사소견서 1부를 추가합니다) 6. A report of the cause of disability and death. 국민연금 장애발생·사망경위(신고)서 1부 7. A copy of a registration certificate of disabilities of family members (Over the degree 2 of disability) 장애인등록증 사본 1부(부양가족연금 대상자 중 장애등급 2급 이상인 자녀 또는 부모가 있는 경우에만 해당합니다) 	<p>No charge 수수료 없음</p>
<p>Verified by the person in charge 담당 직원 확인사항</p>	<p>The list of medical expense provided by the National Health Insurance 사업자 등록증</p>	

Tips 작성방법 및 유의사항

1. Spaces marked ※ are for official use only. 색상이 어두운 란과 “※”표시 란은 적지 마십시오.
2. Please fill in all appropriate items concerning the beneficiary; name, resident registration and telephone number.
수급권자의 성명, 주민등록번호, 주민등록표상의 주소를 반드시 적으십시오.
3. Select the means of correspondence which the beneficiary prefers in the “Method of Correspondence” space.
“급여액 결정·변경내역 수신방법”란에는 해당 수급권자가 희망하는 방법을 선택합니다.
※ The detail on benefit determination and change is to notify the beneficiary when the NPS determines or changes the benefit state under Article 22(6) of the enforcement regulations of the National Pension Act.
급여액 결정·변경내역은 「국민연금법 시행규칙」 제 22조 제 6항에 따라 공단이 지급할 급여액을 결정하거나 이를 변경하면 그 사실을 해당 수급권자에게 통지하는 내용을 말합니다.
4. Account number at a financial institution should belong to the applicant and be confirmed open.
지급계좌는 반드시 입출금이 가능한 것이어야 합니다.
5. Fill in the applicable persons with people supported by the beneficiary in the “Recipients eligible for additional pensions” space.
Should the persons be beneficiaries of the NPS or other public pension schemes, they will be ruled out (Article 62).
“부양가족연금 지급 대상자”란은 수급권자에 의하여 생계를 유지하고 있는 사람 중에서 다음에 해당하는 사람을 적으십시오. 다만, 아래의 사람이 국민연금 또는 타 공적연금 수급권자인 경우는 제외됩니다.(법 제52조제3항)
 - a. Spouse of insured person. 가입자 또는 가입자였던 자의 배우자
 - b. Children under 18 or over degree 2 of disability (Children born before matrimony are included)
가입자 또는 가입자였던 자의 18세 미만 또는 장애등급 2급 이상에 해당하는 자녀(배우자가 혼인 전에 얻은 자녀를 포함합니다)
 - c. Parents over 60 or over degree 2 of disability (Spouse of male or female parent and parents of spouses are included)
가입자 또는 가입자였던 자의 60세 이상 또는 장애등급 2급 이상에 해당하는 부모(부 또는 모의 배우자, 배우자의 부모를 포함합니다)
6. If the beneficiary has been enlisted in foreign pension schemes or has resided abroad, the rights of pension benefits based on social security agreements or foreign pension plans should take effect so consultation is necessary before application.
외국연금에 가입하거나 외국에 거주한 사실이 있는 경우에는 사회보장협정이나 외국연금제도에 따른 급여수급권이 발생할 수 있으므로 상담 후 청구하시기 바랍니다.
7. If the beneficiary notifies the choice of benefit under Article 25 of the enforcement regulations of the National Pension Act, fill in the category and effective date of benefits in “choice of benefit”
“선택급여”란은 「국민연금법 시행규칙」 제25조에 따른 급여 선택의 신고를 해야 하는 경우에 급여의 종류 및 발생일을 적으십시오.
8. “Application by an Agent” is available only if a beneficiary is staying abroad, in prison or for other reasons.
“대리인”란은 수급권자의 해외체류, 국복무, 수감 등으로 대리인이 청구하는 경우에 적으십시오.
※ If a beneficiary is confined to a prison or detention center, the incarceration should be verified by the chief official of that facility.
기관장 확인은 재외공관장, 부대장, 교도소장 등 그 해당 기관장이 확인하는 경우를 말합니다.
9. Consent for using the National Health Insurance's information and medical institution's data is given by the insured person.
Spouse, spouse's parents, spouse's grandparents, the insured person's parents, the insured person's grandparents, the insured person's children, the insured person's grandchildren, could give consent on it, If the insured person is deceased.
국민건강보험 요양급여내역 및 의료기관 자료 열람 등에 대한 동의는 가입자 또는 가입자였던 본인이 하며, 본인이 사망하여 본인의 동의를 받을 수 없는 경우에는 배우자, 직계 존속 및 비속 또는 배우자의 직계 존속이 동의할 수 있습니다.
10. The beneficiary or the bereaved should notify whether or not they're engaged in business with income under Article 121(1) of the National Pension Act and changes in benefit states, such as qualifications of the beneficiary
수급권자 또는 유족은 「국민연금법」 제121조제1항에 따라 소득이 있는 업무의 종사 또는 비종사, 부양가족연금 계산 대상자의 변경 등 수급권자 내용 변경 및 수급권 소멸 사실 등을 신고하여야 합니다.

The application shall be processed as follows. 처리절차

