

[별지 제23호서식]

[แบบที่ 23]

[] 반환일시금 [] 사망일시금 지급 청구서
ใบคำร้องขอรับเงินบำนาญ [] กรณีจ่ายคืน [] กรณีเสียชีวิต

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

(앞 쪽)

※ กรุณาอ่านคำแนะนำที่อยู่ด้านหลัง / เขียนเครื่องหมาย√ในช่อง [] ที่ถูกต้อง

(ด้านหน้า)

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

성명 ชื่อ สกุล	ชื่อ-สกุล ผู้เบิก	주민등록번호 หมายเลขประจำตัวประชาชน	
전화번호(주택) โทร(บ้าน)		휴대전화번호 มือถือ	X
수급권자 (대표자)	주소 ที่อยู่		X
ผู้รับเงินบำนาญ (ผู้แทนผู้รับเงินบำนาญ)	전자우편주소(e-mail) อีเมล		X
가입자(사망자) 와의 관계 ความสัมพันธ์กับ ผู้สมัครประกัน (ผู้เสียชีวิต)	X	동순위 수급권자 ผู้รับเงินบำนาญที่ มีสิทธิเสมอภาค	[] 단독 มีคนเดียว [] 동순위자(명) มีหลายคน(คน)
		대표자 선정여부 ผู้แทน	[] 선정 มี [] 미선정 ไม่มี

급여액 결정·변경내역 수신방법 วิธีการรับแจ้ง: จำนวนเงินบำนาญ และความ เปลี่ยนแปลง	[] 문서 จดหมาย [] 전자우편주소(e-mail) อีเมล [] 문서 및 전자우편주소(e-mail) จดหมายและอีเมล
---------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

가입자(사망자) ผู้สมัครประกัน (ผู้เสียชีวิต)	성명 ชื่อ สกุล	X	주민등록번호 หมายเลขประจำตัว ประชาชน	X	사망일 วันที่เสียชีวิต	X
----------------------------------------------	-----------------	---	--------------------------------------	---	------------------------	---

지급계좌 บัญชีที่รับเงิน	금융기관 สถาบันการเงิน(ธนาคาร)	X	계좌번호 เลขที่บัญชี	X
-------------------------	-------------------------------	---	---------------------	---

※ 지급사유 ※ เหตุผลกร จ่ายเงิน	※ 지급사유발생일 ※ วันที่ทำการจ่ายเงิน บำนาญ	※ 장애 표시 ※ ความพิการ	[] 해당 พิการ [] 미해당 ไม่พิการ	※ 미지급급여 ※ เงินบำนาญที่ ค้างจ่าย	[] 해당 มี [] 미해당 ไม่มี
----------------------------------	---------------------------------------------	------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

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

외국연금 가입기간 ระยะเวลาสมัครเงิน บำนาญต่างชาติ	[]없음 []있음 (국가명 / 가입기간: ไม่มี มี (ประเทศ / ระยะเวลา: / /))
외국 거주기간 ระยะเวลาที่อาศัย อยู่ในต่างประเทศ	[]없음 []있음 (국가명 / 거주기간: ไม่เคยอยู่ เคย (ประเทศ / ระยะเวลา: / /))

※ 급여 선택 ※ การเลือกรับ เงินบำนาญ	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 []กรณีจ่ายเงิน []กรณีเสียชีวิต ตาม 「กฎหมายว่าด้วยกองทุนบำนาญแห่งชาติ บทปฏิบัติการ」 ข้อที่ 31 ตามข้อมูลข้างต้น

년 월 일
วัน เดือน ปี

청구인
ผู้ยื่นใบขอ

ลงลายมือชื่อผู้เบิก

(서명 또는 인)
(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 การขอรับเงินบำนาญในกรณีจ่ายเงินจะทำให้ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิรับเงินบำนาญกรณีชราภาพ พิการ หรือการรับเงินบำนาญของครอบครัวผู้เสียชีวิต รวมถึงการรับเงินประกันรวมตามข้อตกลงความร่วมมือด้านประกันสังคม แต่อย่างไรก็ตาม
- 직역연금 가입력이 있는 경우 반환일시금(60세 도달)을 지급받으면 국민연금과 직역연금간 연계 신청(공적연금 연계)을 할 수 없게 된다는 사실을 알고 있음에도 불구하고 반환일시금을 청구하고자 합니다.
ข้าพเจ้าทราบว่า การขอรับเงินบำนาญในกรณีจ่ายเงิน หากข้าพเจ้ามีประวัติสมัครประกันสังคมพิเศษ หลังจากที่ข้าพเจ้ารับเงินบำนาญในกรณีจ่ายเงินแล้ว(อายุครบ 60ปี) ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิขอรับเงินบำนาญแห่งชาติและประกันสังคมพิเศษอีกต่อไป

청구인
ผู้ยื่นคำร้องขอ

ลงลายมือชื่อผู้เบิก

(서명 또는 인)
(เซ็นชื่อหรือประทับตรา)

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

[별지 제23호서식]
[แบบที่ 23]

[] 반환일시금 [/] 사망일시금 지급 청구서
ใบคำร้องขอรับเงินบำนาญ [] กรณีจ่ายคืน [/] กรณีเสียชีวิต

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하여 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.
※ กรุณาอ่านคำแนะนำที่อยู่ด้านหลัง / เขียนเครื่องหมาย√ในช่อง [] ที่ถูกต้อง

(앞 쪽)
(ด้านหน้า)

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

성명 ชื่อ สกุล	주민등록번호 หมายเลขประจำตัวประชาชน
전화번호(주택) โทร(บ้าน)	휴대전화번호 มือถือ

수급권자 (대표자) 주소
ที่อยู่

수급권자 (대표자) 전자우편주소(e-mail)
อีเมล

가입자(사망자)와의 관계 ความสัมพันธ์กับ ผู้สมัครประกัน (ผู้เสียชีวิต)	동순위 수급권자 ผู้รับเงินบำนาญที่มีสิทธิเสมอภาค	<input type="checkbox"/> 단독 มีคนเดียว <input type="checkbox"/> 동순위자(명) มีหลายคน(คน)	대표자 선정 여부 ผู้แทน	<input checked="" type="checkbox"/> 선정 มี <input type="checkbox"/> 미선정 ไม่มี
----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

กรณีไม่มีผู้รับเงินคนเดียว คือ ผู้เบิก ให้ (/)

กรณีมีผู้รับเงินเสมอภาค เช่น ผู้เบิกคือบิดา ผู้รับเงินเสมอภาค คือมารดา ให้ (/), ใส่ 2 คน และให้ (/) ตรงผู้แทน

급여액 결정·변경내역 수신방법
วิธีการรับแจ้ง: [/] 문서 จดหมาย [] 전자우편주소(e-mail) อีเมล
จำนวนเงินบำนาญ และความเปลี่ยนแปลง
[] 문서 및 전자우편주소(e-mail) จดหมายและอีเมล

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

지급계좌
บัญชีที่รับเงิน

금융기관
สถาบันการเงิน(ธนาคาร)

계좌번호
เลขที่บัญชี

※ 지급사유 ※ เหตุผลการ จ่ายเงิน	※ 지급사유발생일 ※ วันที่ทำการจ่ายเงิน บำนาญ	※ 장애 표시 ※ ความพิการ	[] 해당 พิการ [] 미해당 ไม่พิการ	※ 미지급급여 ※ เงินบำนาญที่ ค้างจ่าย	[] 해당 มี [] 미해당 ไม่มี
-----------------------------------	---------------------------------------------	------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

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

ระบุชื่อ-นามสกุล ผู้มีสิทธิรับเงินเท่าเทียม เช่น ผู้เบิกคือ บิดา ผู้มีสิทธิรับเงินเท่าเทียม คือ มารดา ให้ใส่ชื่อ-สกุลมารดา พร้อมลงลายมือชื่อ

ลงลายมือชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเท่าเทียม

외국연금 가입기간 ระยะเวลาสมัครเงิน บำนาญต่างชาติ	[]없음 []있음 (국가명 / 가입기간: ไม่มี มี (ประเทศ / ระยะเวลา: / /))
외국 거주기간 ระยะเวลาที่อาศัย อยู่ในต่างประเทศ	[]없음 []있음 (국가명 / 거주기간: ไม่เคยอยู่ เคย (ประเทศ / ระยะเวลา: / /))

※ 급여 선택 ※ การเลือกรับ เงินบำนาญ	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 []กรณีจ่ายเงิน []กรณีเสียชีวิต ตาม 「กฎหมายว่าด้วยกองทุนบำนาญแห่งชาติ บทปฏิบัติการ」 ข้อที่ 31 ตามข้อมูลข้างต้น

년 월 일
วัน เดือน ปี

청구인
ผู้ยื่นใบขอ

ลงลายมือชื่อผู้เบิก

(서명 또는 인)
(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 การขอรับเงินบำนาญในกรณีจ่ายเงินจะทำให้ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิรับเงินบำนาญกรณีชราภาพ พิการ หรือการรับเงินบำนาญของครอบครัวผู้เสียชีวิต รวมถึงการรับเงินประกันรวมตามข้อตกลงความร่วมมือด้านประกันสังคม แต่อย่างไรก็ตาม
- 직역연금 가입력이 있는 경우 반환일시금(60세 도달)을 지급받으면 국민연금과 직역연금간 연계 신청(공적연금 연계)을 할 수 없게 된다는 사실을 알고 있음에도 불구하고 반환일시금을 청구하고자 합니다.
ข้าพเจ้าทราบว่า การขอรับเงินบำนาญในกรณีจ่ายเงิน หากข้าพเจ้ามีประวัติสมัครประกันสังคมพิเศษ หลังจากที่ข้าพเจ้ารับเงินบำนาญในกรณีจ่ายเงินแล้ว(อายุครบ 60ปี) ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิขอรับเงินบำนาญแห่งชาติและประกันสังคมพิเศษอีกต่อไป

청구인
ผู้ยื่นคำร้องขอ

ลงลายมือชื่อผู้เบิก

(서명 또는 인)
(เซ็นชื่อหรือประทับตรา)

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

[별지 제23호서식]
[แบบที่ 23]

[] 반환일시금 [/] 사망일시금 지급 청구서

ใบคำร้องขอรับเงินบำนาญ [] กรณีจ่ายคืน [/] กรณีเสียชีวิต

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하여 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.
※ กรุณาอ่านคำแนะนำที่อยู่ด้านหลัง / เขียนเครื่องหมาย√ในช่อง [] ที่ถูกต้อง

(앞 쪽)
(ด้านหน้า)

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

성명 ชื่อ สกุล	<input checked="" type="checkbox"/> ชื่อ-สกุล ผู้เบิก	주민등록번호 หมายเลขประจำตัวประชาชน	
전화번호(주택) โทร(บ้าน)		휴대전화번호 มือถือ	<input checked="" type="checkbox"/>

수급권자 (대표자) 주소 ที่อยู่

ผู้รับเงินบำนาญ (ผู้แทนผู้รับเงินบำนาญ) 전자우편주소(e-mail) อีเมล

가입자(사망자)와의 관계 ความสัมพันธ์กับ ผู้สมัครประกัน (ผู้เสียชีวิต)	<input checked="" type="checkbox"/>	동순위 수급권자 ผู้รับเงินบำนาญที่มีสิทธิเสมอภาค	[] 단독 มีคนเดียว [] 동순위위자(명) มีหลายคน(คน)	대표자 선정여부 ผู้แทน	[/] 선정 มี [] 미선정 ไม่มี
----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------------------------------	--------------------	------------------------------------

กรณีไม่มีผู้รับเงินคนเดียว คือ ผู้เบิก ให้ (/)

กรณีมีผู้รับเงินเสมอภาค เช่น ผู้เบิกคือบุตรคนเล็ก ผู้รับเงินเสมอภาค คือบุตรคนโต ให้ (/), ใส่ 2 คน และให้ (/) ตรงผู้แทน

급여액 결정·변경지역 수신방법
วิธีการรับแจ้ง: [/] 문서 จดหมาย [] 전자우편주소(e-mail) อีเมล

จำนวนเงินบำนาญ และความเปลี่ยนแปลง
จำนวนเงินบำนาญ [] 문서 และ 전자우편주소(e-mail) จดหมายและอีเมล

가입자(사망자) <input checked="" type="checkbox"/> ผู้สมัครประกัน (ผู้เสียชีวิต)	성명 <input checked="" type="checkbox"/> ชื่อ สกุล	주민등록번호 <input checked="" type="checkbox"/> หมายเลขประจำตัวประชาชน	사망일 <input checked="" type="checkbox"/> วันที่เสียชีวิต
-------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

지급계좌
บัญชีที่รับเงิน

금융기관
สถาบันการเงิน(ธนาคาร)

계좌번호
เลขที่บัญชี

※ 지급사유 ※ เหตุผลกร จ่ายเงิน	※ 지급사유발생일 ※ วันที่ทำการจ่ายเงิน บำนาญ	※ 장애 표시 ※ ความพิการ	[] 해당 พิการ [] 미해당 ไม่พิการ	※ 미지급급여 ※ เงินบำนาญที่ ค้างจ่าย	[] 해당 มี [] 미해당 ไม่มี
----------------------------------	---------------------------------------------	------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

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

ลงลายมือชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเท่าเทียม

ระบุชื่อ-นามสกุล ผู้มีสิทธิรับเงินเท่าเทียม เช่น ผู้เบิกคือ บุตรคนเล็ก ผู้มีสิทธิรับเงินเท่าเทียม คือ บุตรคนโต ให้ใส่ชื่อ-สกุลบุตรคนโต พร้อมลงลายมือชื่อ

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

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

대리인 ผู้รับมอบอำนาจ แทน กรณีนีบุตรยังไม่บรรลุนิติภาวะ	성명 ชื่อ สกุล	ชื่อ - สกุล ผู้รับมอบอำนาจ	주민등록번호 หมายเลขประจำตัวประชาชน	
	전화번호(자택) โทร(บ้าน)		휴대전화번호 มือถือ	수급권자와의 관계 ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร
	주소 ที่อยู่			
	수급권자 확인 รับรองโดย ผู้รับเงิน	ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจ **ลงลายมือชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่ กรมการกงสุล กระทรวงการต่าง	(인) 기관장 확인 ประทับ) รับรองโดย ผู้มีอำนาจสูงสุด	(인) (ตราประทับ)

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

년 월 일
วัน เดือน ปี

청구인
ผู้ยื่นใบขอ

ลงลายมือชื่อผู้เบิก/ผู้รับมอบอำนาจเซ็น
แทน กรณีนีบุตรยังไม่บรรลุนิติภาวะ

(서명 또는 인)
(เซ็นชื่อหรือประทับตรา)

국민연금공단 이사장 귀하
เรียน ประธานกองทุนบำนาญแห่งชาติ

청구시 확인사항
ข้อควรทราบก่อนยื่นคำขอรับเงินบำนาญ

1. 본인은 반환일시금을 지급받으면 노령연금, 장애연금, 유족연금 또는 사회보장협정에 의한 합산급여를 지급받을 수 없게 된다는 사실을 알고 있음에도 불구하고 반환일시금을 청구하고자 합니다.
ข้าพเจ้าทราบดีว่าการขอรับเงินบำนาญในกรณีจ่ายเงินจะทำให้ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิรับเงินบำนาญกรณีชราภาพ พิการ หรือการรับเงินบำนาญของครอบครัวผู้เสียชีวิต รวมถึงการรับเงินประกันรวมตามข้อตกลงความร่วมมือด้านประกันสังคม แต่อย่างใด

2. 직역연금 가입력이 있는 경우 반환일시금(60세 도달)을 지급받으면 국민연금과 직역연금간 연계 신청(공적연금 연계)을 할 수 없게 된다는 사실을 알고 있음에도 불구하고 반환일시금을 청구하고자 합니다.
ข้าพเจ้าทราบดีว่าการขอรับเงินบำนาญในกรณีจ่ายเงิน หากข้าพเจ้ามีประวัติสมัครประกันสังคมพิเศษ หลังจากที่ข้าพเจ้ารับเงินบำนาญในกรณีจ่ายเงินแล้ว(อายุครบ 60ปี) ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิขอรับเงินบำนาญแห่งชาติและประกันสังคมพิเศษอีกต่อไป

청구인
ผู้ยื่นคำร้องขอ

ลงลายมือชื่อผู้เบิก/ผู้รับมอบอำนาจเซ็น
แทน กรณีนีบุตรยังไม่บรรลุนิติภาวะ

(서명 또는 인)
(เซ็นชื่อหรือประทับตรา)

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