

유족연금 지급 청구서

แบบคำร้องขอรับเงินบำนาญแก่ครอบครัวผู้เสียชีวิต

* 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하여 주시기 바라며, ()에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

(앞 쪽)

กรุณาอ่านคำแนะนำที่อยู่ด้านหลังเขียนเครื่องหมาย✓ในช่อง[]ที่ถูกต้อง

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

수급권자 ผู้มีสิทธิรับ ผลประโยชน์ (대표자) (ตัวแทน)	성명 ชื่อสกุล	ผู้ขอเบิก		주민등록번호 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน	X	
	전화번호(주택) เบอร์โทรบ้าน	X		휴대전화번호 เบอร์มือถือ	X	
	주소 ที่อยู่	X				
	전자우편주소(e-mail) อีเมล					
사망자와의 관계 ความสัมพันธ์กับ ผู้เสียชีวิต	Wife	동순위 수급권자 ผู้มีสิทธิรับ ผลประโยชน์ เท่าเทียม	<input checked="" type="checkbox"/> 단독 คนเดียว <input type="checkbox"/> 동순위자 명, ผู้มีสิทธิเสมอภาค(กน)	대표자 선정 여부 เลือกตัวแทน	<input type="checkbox"/> 선정 เลือก <input type="checkbox"/> 미선정 ไม่เลือก	

급여액 결정·변경내역 수신방법 วิธีรับแจ้งจำนวนเงินและ ความถี่ที่ตนเอง	<input checked="" type="checkbox"/> 문서 จดหมาย	<input type="checkbox"/> 전자우편주소(e-mail)อีเมล	<input type="checkbox"/> 문서 및 전자우편주소(e-mail)จดหมายและอีเมล
----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	----------------------------------------------	------------------------------------------------------------

지급계좌 บัญชีรับเงิน	금융기관 ธนาคาร	X	계좌번호 หมายเลขบัญชี	X
----------------------	----------------	---	----------------------	---

사망자 ผู้เสียชีวิต	성명 ชื่อสกุล	X	주민등록번호 หมายเลขบัตรประชาชน	เลข काम่า	사망일 วันที่เสียชีวิต	✓
---------------------	----------------	---	------------------------------	-----------	------------------------	---

급여액 조정사항 การปรับเปลี่ยนจำนวน เงินบำนาญ	업무상 재해여부 ประสบอุบัติเหตุ จากการทำงาน	<input type="checkbox"/> 대상 เคย <input type="checkbox"/> 비대상 ไม่เคย	재해보상금 수령여부 ได้รับเงินชดเชยจากอุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> 수령 เคยรับ <input type="checkbox"/> 미수령 ไม่เคยรับ
	제3자 가해여부 ถูกทำร้ายจากบุคคลที่3	<input type="checkbox"/> 있음 มี <input type="checkbox"/> 없음 ไม่มี	손해배상금 수령여부 ได้รับเงินชดเชยจากความเสียหาย	<input type="checkbox"/> 수령 เคยรับ <input type="checkbox"/> 미수령 ไม่เคยรับ

※ 수급사유 สาเหตุในการรับเงิน	※ 미지급급여 เงินบำนาญที่ค้างจ่าย	<input type="checkbox"/> 해당 เกี่ยวข้อง	※ 사망일시금 เงินบำเหน็จกรณีเสียชีวิต	<input type="checkbox"/> 해당 ไม่เกี่ยวข้อง	※ 초진일 วันที่เริ่มต้น
------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------------------	-------------------------

부양가족연금 지급 대상자 สมาชิกในครอบครัว ที่ได้รับผล ประโยชน์เพิ่มเติม	번호 ลำดับ	성명 ชื่อสกุล	주민등록번호 หมายเลขบัตรประชาชน	수급권자와의 관계 ความสัมพันธ์กับผู้รับผลประโยชน์	※ 장애 표시 ความพิการ
	①	ช็อนบุตร		ลายเซ็นต้บุตร	
	②				

동순위 수급권자 ผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์ เท่าเทียม	번호 ลำดับ	성명 ชื่อสกุล	주민등록번호 หมายเลขบัตรประชาชน	대표자 선정 เลือกตัวแทน		※ 장애 표시 ความพิการ
				선정일자 วันที่เลือก	서명 또는 인 ลายเซ็นหรือ ตราประทับ	
	①					

외국연금 가입기간 ระยะเวลาสมัครเงินบำนาญในต่างประเทศ	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> ไม่มี (국가명ประเทศ 가입기간ระยะเวลา: / /)
-------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

외국 거주기간 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในต่างประเทศ	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> ไม่มี (국가명ประเทศ 거주기간ระยะเวลา: / /)
---------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

※ 급여 선택 เลือกเงินบำนาญ	발생급여 จำนวนเงิน (발생일) (วันที่)	① (/ /)	② (/ /)	③ (/ /)	선택급여 เงินบำนาญที่เลือก (발생일) (วันที่)	(/ /)
---------------------------	---------------------------------------	-----------	-----------	-----------	-----------------------------------------------	---------

대리인 ผู้รับมอบอำนาจแทน	성명 ชื่อสกุล	주민등록번호 หมายเลขประจำตัวประชาชน	
	전화번호(주택) เบอร์โทร(บ้าน)	휴대전화번호 เบอร์มือถือ	수급권자와의 관계 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับผลประโยชน์
	주소 ที่อยู่		
	수급권자 확인 รับรองโดยผู้รับผลประโยชน์	(인) (ตราประทับ)	기관장 확인 รับรองโดยผู้รับอำนาจสูงสุด

「국민연금법 시행규칙」 제22조제4항에 따라 위와 같이 유족연금의 지급을 청구합니다.
การจ่ายเงินบำนาญแก่ครอบครัวผู้เสียชีวิตเป็นไปตามมาตรา22วรรค4 「ว่าด้วยเงื่อนไขปฏิบัติของกฎหมายเงินบำนาญแห่งชาติ」

____년 ____월 ____วัน

청구인 (서명 또는 인)
ผู้ยื่นคำร้อง (ลายมือชื่อผู้ขอเบิก) (เห็นด้วยหรือตราประทับ)

국민연금공단 이사장 귀하
เรียน ท่านประธานกองทุนเงินบำนาญแห่งชาติ

국민건강보험 요양급여내역 및 의료기관 자료 열람 등 동의서
หนังสือขอมอบให้มีการตรวจสอบเอกสารจากหน่วยงานทางการแพทย์และรายการเงินชดเชยค่าการรักษาจากประกันสุขภาพ

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당직원이 요양기관, 상병의 발생일, 초진일 및 장애 정도 확인 등을 위하여 필요한 경우 본인(또는 심사대상자)의 국민건강보험 요양급여내역(개인현물 급여명세서), 「의료법」에 따른 의료기관의 진료 기록 등의 자료를 열람(발급신청)하는 것에 동의합니다.

ข้าพเจ้าขอมอบให้ทางเจ้าหน้าที่รับผิดชอบทำการตรวจสอบ(ขออนุญาต)เอกสารและประวัติการรักษาจากสถานพยาบาลที่ได้ทำการรักษาตาม 「กฎหมายการแพทย์」
เกี่ยวกับรายการเงินชดเชยค่ารักษาจากประกันสุขภาพ(ใบเสร็จในการจ่ายค่ารักษาจริง)ของข้าพเจ้า(หรือผู้ขอรับการพิจารณา)เพื่อทำการตรวจสอบเกี่ยวกับวันที่เกิดโรค, การเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก รวมทั้งระดับความทุพพลภาพด้วย

청구인 (서명 또는 인)
ผู้ยื่นคำร้อง (ลายมือชื่อผู้ขอเบิก) (เห็นด้วยหรือตราประทับ)

유족연금 지급 청구서

แบบคำร้องขอรับเงินบำนาญแก่ครอบครัวผู้เสียชีวิต

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

(앞 쪽)

กรุณาอ่านคำแนะนำที่อยู่ด้านหลังเขียนเครื่องหมาย√ในช่อง[]ที่ถูกต้อง

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

수급권자 ผู้มีสิทธิรับ ผลประโยชน์ (대표자) (ตัวแทน)	성명 ชื่อสกุล	주민등록번호 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน	
	전화번호(주택) เบอร์โทรศัพท์บ้าน	휴대전화번호 เบอร์มือถือ	
	주소 ที่อยู่	전자우편주소(e-mail) อีเมล	
사망자와의 관계 ความสัมพันธ์กับ ผู้เสียชีวิต	동순위 수급권자 ผู้มีสิทธิรับ ผลประโยชน์ เท่าเทียม	<input type="checkbox"/> 단독 คนเดียว <input type="checkbox"/> 동순위자 ผู้มีสิทธิเสมอภาค (กบ)	대표자 선정 여부 เลือกตัวแทน <input type="checkbox"/> 선정 เลือก <input type="checkbox"/> 미선정 ไม่เลือก
급여액 결정·변경내역 수신방법 วิธีรับแจ้งจำนวนเงินและ ความถี่ที่คง	[/] 문서 จดหมาย [] 전자우편주소(e-mail)อีเมล []		

กรณีไม่มีผู้รับเงินคนเดียว คือผู้เบิก ให้ (/)

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

지급계좌 บัญชีรับเงิน	금융기관 ธนาคาร	계좌번호 หมายเลขบัญชี
----------------------	----------------	----------------------

사망자 ผู้เสียชีวิต	성명 ชื่อสกุล	주민등록번호 หมายเลขบัตรประชาชน	사망일 วันที่เสียชีวิต
---------------------	----------------	------------------------------	------------------------

급여액 조정사항 การปรับเปลี่ยนจำนวน เงินบำนาญ	업무상 재해여부 ประสบอุบัติเหตุ จากการทำงาน	<input type="checkbox"/> 대상 예외 <input type="checkbox"/> 대상 ไม่มี	재해보상금 수령여부 ได้รับเงินชดเชยจากอุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> 수령 예외 <input type="checkbox"/> 미수령 ไม่มี
	제3자 가해여부 ถูกทำร้ายจากบุคคลที่3	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 ไม่มี	손해배상금 수령여부 ได้รับเงินชดเชยจากความเสียหาย	<input type="checkbox"/> 수령 예외 <input type="checkbox"/> 미수령 ไม่มี

※ 수급사유 สาเหตุในการรับเงิน	※ 미지급급여 เงินบำนาญที่ค้างจ่าย	해당대상 해당 ไม่เกี่ยวข้อง	※ 사망일시금 เงินบำเหน็จกรณีเสียชีวิต	해당대상 해당 ไม่เกี่ยวข้อง	※ 초진일 วันที่เริ่มต้น
부양가족연금 지급 대상자 สมาชิกในครอบครัว ที่ได้รับผล ประโยชน์เพิ่มเติม	번호 ลำดับ	성명 ชื่อสกุล	주민등록번호 หมายเลขบัตรประชาชน	수급권자와의 관계 ความสัมพันธ์กับผู้รับผลประโยชน์	※ 장애 표시 ความพิการ
동순위 수급권자 ผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์ เท่าเทียม	번호 ลำดับ	성명 ชื่อสกุล	주민등록번호 หมายเลขบัตรประชาชน	대표자 선정 เลือกตัวแทน	※ 장애 표시 ความพิการ
				선택일자 วันที่เลือก	
				서명 또는 인 ลายเซ็นหรือ ตราประทับ	

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

ลงลายมือชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเท่าเทียม

외국연금 가입기간 ระยะเวลาสมัครเงินบำนาญในต่างประเทศ	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> ไม่มี (국가명ประเทศ 가입기간ระยะเวลา: / /)
-------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

외국 거주기간 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในต่างประเทศ	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> ไม่มี (국가명ประเทศ 거주기간ระยะเวลา: / /)
---------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

※ 급여 선택 เลือกเงินบำนาญ	발생급여 จำนวนเงิน (발생일) (วันที่)	① (/ /)	② (/ /)	③ (/ /)	선택급여 เงินบำนาญที่เลือก (발생일) (วันที่)	(/ /)
---------------------------	---------------------------------------	-----------	-----------	-----------	--------------------------------------------------	---------

대리인 ผู้รับมอบอำนาจแทน	성명 ชื่อสกุล	주민등록번호 หมายเลขประจำตัวประชาชน	
	전화번호(주택) เบอร์โทร(บ้าน)	휴대전화번호 เบอร์มือถือ	수급권자와의 관계 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับผลประโยชน์
	주소 ที่อยู่		
	수급권자 확인 รับรองโดยผู้รับผลประโยชน์	(인) (ตราประทับ)	기관장 확인 รับรองโดยผู้รับอำนาจสูงสุด

「국민연금법 시행규칙」 제22조제4항에 따라 위와 같이 유족연금의 지급을 청구합니다.
การจ่ายเงินบำนาญแก่ครอบครัวผู้เสียชีวิตเป็นไปตามมาตรา22วรรค4 「ว่าด้วยเงื่อนไขปฏิบัติของกฎหมายเงินบำนาญแห่งชาติ」

____년 ____월 ____วัน

청구인 (서명 또는 인)
ผู้ยื่นคำร้อง (ลายมือชื่อผู้ขอเบิก) (เห็นด้วยหรือตราประทับ)

국민연금공단 이사장 귀하
เรียน ท่านประธานกองทุนเงินบำนาญแห่งชาติ

국민건강보험 요양급여내역 및 의료기관 자료 열람 등 동의서
หนังสือขอมอบให้มีการตรวจสอบเอกสารจากหน่วยงานทางการแพทย์และรายการเงินชดเชยค่าการรักษาจากประกันสุขภาพ

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당직원이 요양기관, 상병의 발생일, 초진일 및 장애 정도 확인 등을 위하여 필요한 경우 본인(또는 심사대상자)의 국민건강보험 요양급여내역(개인현물 급여명세서), 「의료법」에 따른 의료기관의 진료 기록 등의 자료를 열람(발급신청)하는 것에 동의합니다.

ข้าพเจ้าขอมอบให้ทางเจ้าหน้าที่รับผิดชอบทำการตรวจสอบ(ขออนุญาต)เอกสารและประวัติการรักษาจากสถานพยาบาลที่ได้ทำการรักษาตาม
「กฎหมายการแพทย์」
เกี่ยวกับรายการเงินชดเชยค่ารักษาจากประกันสุขภาพ(ใบเสร็จในการจ่ายค่ารักษาจริง)ของข้าพเจ้า(หรือผู้ขอรับการพิจารณา)เพื่อทำการตรวจสอบเกี่ยวกับวันที่เกิดโรค, การเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก รวมทั้งระดับความทุพพลภาพด้วย

청구인 (서명 또는 인)
ผู้ยื่นคำร้อง (ลายมือชื่อผู้ขอเบิก) (เห็นด้วยหรือตราประทับ)

유족연금 지급 청구서

แบบคำร้องขอรับเงินบำนาญแก่ครอบครัวผู้เสียชีวิต

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

(앞 쪽)

กรุณาอ่านคำแนะนำที่อยู่ด้านหลังเขียนเครื่องหมาย√ในช่อง[]ที่ถูกต้อง

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

수급권자 ผู้มีสิทธิรับ ผลประโยชน์ (대표자) (ตัวแทน)	성명 ชื่อสกุล	ผู้ขอเบิก	주민등록번호 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน	X
	전화번호(주택) เบอร์โทรศัพท์บ้าน	X	휴대전화번호 เบอร์มือถือ	X
	주소 ที่อยู่	X		
	전자우편주소(e-mail) อีเมล			
사망자와의 관계 ความสัมพันธ์กับ ผู้เสียชีวิต	X	동순위 수급권자 ผู้มีสิทธิรับ ผลประโยชน์ เท่าเทียม	<input type="checkbox"/> 단독 คนเดียว <input checked="" type="checkbox"/> 동순위자 ผู้มีสิทธิเสมอภาค (ภรรยา)	대표자 선정여부 เลือกตัวแทน <input type="checkbox"/> 선정 เลือก <input checked="" type="checkbox"/> 미선정 ไม่เลือก

กรณีมีผู้รับเงินคนเดียว คือผู้เบิก ให้ (/)

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

급여액 결정·변경내역 수신방법 วิธีรับแจ้งจำนวนเงินและ ความถี่ที่ส่งมา	<input checked="" type="checkbox"/> 문서 จดหมาย <input type="checkbox"/> 전자우편주소(e-mail)อีเมล
----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

지급계좌 บัญชีรับเงิน	금융기관 ธนาคาร	X	계좌번호 หมายเลขบัญชี	X
----------------------	----------------	---	----------------------	---

사망자 ผู้เสียชีวิต	성명 ชื่อสกุล	X	주민등록번호 หมายเลขบัตรประชาชน	เลข कामा	사망일 วันที่เสียชีวิต	✓
---------------------	----------------	---	------------------------------	----------	------------------------	---

급여액 조정사항 การปรับเปลี่ยนจำนวน เงินบำนาญ	업무상 재해여부 ประสบอุบัติเหตุ จากการทำงาน	<input type="checkbox"/> 대상 เคย <input checked="" type="checkbox"/> 비대상 ไม่เคย	재해보상금 수령여부 ได้รับเงินชดเชยจากอุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> 수령 เคยรับ <input checked="" type="checkbox"/> 미수령 ไม่เคยรับ
	제3자 가해여부 ถูกทำร้ายจากบุคคลที่3	<input type="checkbox"/> 있음 มี <input checked="" type="checkbox"/> 없음 ไม่มี	손해배상금 수령여부 ได้รับเงินชดเชยจากความเสียหาย	<input type="checkbox"/> 수령 เคยรับ <input checked="" type="checkbox"/> 미수령 ไม่เคยรับ

※ 수급사유 สาเหตุในการรับเงิน	※ 미지급급여 เงินบำนาญที่ค้างจ่าย	해당여부 [] 해당 ไม่เกี่ยวข้อง	※ 사망일시금 เงินบำเหน็จกรณีเสียชีวิต	해당여부 [] 해당 ไม่เกี่ยวข้อง	※ 초진일 วันที่เริ่มต้น
부양가족연금 지급 대상자 สมาชิกในครอบครัว ที่ได้รับผลประโยชน์เพิ่มเติม	번호 ลำดับ	성명 ชื่อสกุล	주민등록번호 หมายเลขบัตรประชาชน	수급권자와의 관계 ความสัมพันธ์กับผู้รับผลประโยชน์	※ 장애 표시 ความพิการ
	①				
	②				
	③				

동순위 수급권자 ผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์ เท่าเทียม	번호 ลำดับ	성명 ชื่อสกุล	주민등록번호 หมายเลขบัตรประชาชน	대표자 선정 เลือกตัวแทน		※ 장애 표시 ความพิการ
				선정일자 วันที่เลือก	서명 또는 인 ลายเซ็นหรือ ตราประทับ	
	①					
	②					

ลงลายมือชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเท่าเทียม

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

외국연금 가입기간 ระยะเวลาสมัครเงินบำนาญในต่างประเทศ	「있음」 / 「없음」 (국가명,ประเทศ, 가입기간,ระยะเวลา: /)
-------------------------------------------------	---------------------------------------------

외국 거주기간 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในต่างประเทศ	「있음」 / 「없음」 (국가명,ประเทศ, 거주기간,ระยะเวลา: /)
---------------------------------------------	---------------------------------------------

※ 급여 선택 เลือกเงินบำนาญ เลือกเงินบำนาญ	발생급여 จำนวนเงิน (발생일) (วันที่)	① (/ /)	② (/ /)	③ (/ /)	선택급여 เงินบำนาญที่เลือก (발생일) (วันที่)	(/ /)
---------------------------------------------	-------------------------------------	-----------	-----------	-----------	------------------------------------------------	---------

대리인 ผู้รับมอบอำนาจแทน	성명 ชื่อสกุล	ชื่อ - สกุล ผู้รับมอบอำนาจ	주민등록번호 หมายเลขประจำตัวประชาชน	
	전화번호(주택) เบอร์โทร(บ้าน)	휴대전화번호 เบอร์มือถือ	수급권자와의 관계 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับผลประโยชน์	
	주소 ที่อยู่	주소	기관장 확인 รับรองโดยผู้มีอำนาจสูงสุด	(인) (ตราประทับ)

กรณีบุตรยังไม่บรรลุนิติภาวะ

ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจ
** ลายมือชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่
กรมการกงสุล กระทรวงการต่าง

「국민연금법 시행규칙」 제23조제4항에 따라 위와 같이 유족연금의 지급을 청구합니다.
การจ่ายเงินบำนาญแก่ครอบครัวผู้เสียชีวิตเป็นไปตามมาตรา22วรรค4 「ว่าด้วยเงื่อนไขปฏิบัติของกฎหมายเงินบำนาญแห่งชาติ」

년 월 일

청구인 (서명 또는 인)
ผู้ยื่นคำร้อง (ลายเซ็นหรือตราประทับ)

ลายมือชื่อผู้เบิก/ผู้รับมอบอำนาจเซ็น
แทน กรณีบุตรยังไม่บรรลุนิติภาวะ

국민연금공단 이사장 귀하
เรียน ท่านประธานกองทุนเงินบำนาญแห่งชาติ

국민건강보험 요양급여내역 및 의료기관 자료 열람 등 동의서
หนังสือยินยอมให้มีการตรวจสอบเอกสารจากหน่วยงานทางการแพทย์และราชการเงินชดเชยค่าการรักษาจากประกันสุขภาพ

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당직원이 요양기관, 상병의 발생일, 초진일 및 장애 정도 확인 등을 위하여 필요한 경우 본인(또는 심사대상자)의 국민건강보험 요양급여내역(개인현물 급여명세서), 「의료법」에 따른 의료기관의 진료 기록 등의 자료를 열람(발급신청)하는 것에 동의합니다.

ข้าพเจ้าขอยินยอมให้ทางเจ้าหน้าที่รับผิดชอบทำการตรวจสอบ(ขออนอก)เอกสารและประวัติการรักษาจากสถานพยาบาลที่ได้ทำการรักษาตาม 「กฎหมายการแพทย์」
เกี่ยวกับราชการเงินชดเชยค่ารักษาจากประกันสุขภาพ(ใบเสร็จในการจ่ายค่ารักษาจริง)ของข้าพเจ้า(หรือผู้ขอรับการพิจารณา)เพื่อทำการตรวจสอบเกี่ยวกับวันที่เกิดโรค,การเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก รวมทั้งระดับความทุพพลภาพด้วย

청구인 (서명 또는 인)
ผู้ยื่นคำร้อง (ลายเซ็นหรือตราประทับ)

ลายมือชื่อผู้เบิก/ผู้รับมอบอำนาจเซ็น
แทน กรณีบุตรยังไม่บรรลุนิติภาวะ