

유족연금 지급 청구서

แบบคำร้องขอรับเงินบำนาญแก่ครอบครัวผู้เสียชีวิต

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

กรณีอ่อนค้านเน้นน้ำที่อยู่ด้านหลังพื้นที่น้ำเครื่องหมาย ✓ ในช่องๆ ที่ถูกต้อง

(앞 쪽)

접수번호 เลขที่ใบสมัคร	접수일자 วันที่ยื่นคำร้อง	처리기간 ระยะเวลาดำเนินการ			
성명 ชื่อสกุล		주민등록번호 หมายเลขบัตรประชาชน			
전화번호(자택) เบอร์โทรศัพท์บ้าน		휴대전화번호 เบอร์มือถือ			
수급권자 ผู้มีสิทธิรับ ผลประโยชน์ (대표자) (ตัวแทน)	주소 ที่อยู่				
	전자우편주소(e-mail) อีเมล์				
사망자와의 관계 ความสัมพันธ์กับ ^{ผู้เสียชีวิต}	동순위 수급권자 ผู้มีสิทธิรับ ผลประโยชน์ เท่าที่ยอม	[1] 단독 คนเดียว [1] 동순위자(명) ผู้มีสิทธิ์เสมือนภาค(คน)	대표자 선정여부 เลือกตัวแทน	[1] 선정 เลือก [1] 미선정 ไม่เลือก	
급여액 결정·변경내역 수신방법 วิธีรับเงินจำนวน ทางไปทางมา	<input type="checkbox"/> 문서 첨부 <input type="checkbox"/> 전자우편주소(e-mail)이름 <input type="checkbox"/> 문서 및 전자우편주소(e-mail)ตามที่ระบุและอีเมล				
지급계좌 บัญชีรับเงิน	금융기관 ธนาคาร	계좌번호 หมายเลขบัญชี			
사망자 ผู้เสียชีวิต	성명 ชื่อสกุล	주민등록번호 หมายเลขบัตรประชาชน	사망일 วันที่เสียชีวิต		
급여액 조정사항 การรับเงินเดือน เงินบำนาญ	업무상 재해여부 ประสนอุบัติเหตุ จากการทำงาน	[1] 대상(대) [1] 비대상(미) [1] 대상(대) [1] 비대상(미)	재해보상금 수령여부 ได้รับเงินทดเชิงจากอุบัติเหตุ	[1] 수령(대) [1] 미수령(미) [1] 수령(대) [1] 미수령(미)	
※ 수급사유 สาเหตุในการรับเงิน	※ 미지급급여 เงินบำนาญที่ก้างจ่าย	[1] 해당(대) [1] 해당(대)	※ 사망일시금 เงินบำนาญจึงเสียชีวิต	[1] 해당(대) [1] 해당(대)	※ 초진일 วันที่รับตัว
부양가족연금 지급 대상자 สามชิกในครอบครัว ที่ได้รับคด ประโยชน์เพิ่มเติม	번호 ลำดับ ① ② ③	성명 ชื่อสกุล	주민등록번호 หมายเลขบัตรประชาชน	수급권자와의 관계 ความสัมพันธ์กับสู้รับผลประโยชน์	※ 장애 표시 ความพิการ
동순위 수급권자 ผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์ เท่าที่ยอม	번호 ลำดับ ① ②	성명 ชื่อสกุล	주민등록번호 หมายเลขบัตรประชาชน	대표자 선정 เลือกตัวแทน 선정일자 วันที่เลือก	※ 장애 표시 ความพิการ

외국연금 가입기간 ระยะเวลาสมัครเงิน บำนาญในต่างประเทศ	없음 <input type="checkbox"/> 있음 <input checked="" type="checkbox"/> (국가명부록에 가입기간ระยะเวลา)											
외국 거주기간 ระยะเวลาที่ออกเส้นปีต่อปี	없음 <input type="checkbox"/> 있음 <input checked="" type="checkbox"/> (국가명부록에 거주기간ระยะเวลา)											
※ 급여 선택 เลือกเงินบำนาญ	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>발생일 (생년월일) (วันที่)</td> <td>① <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></td> <td>② <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></td> <td>③ <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></td> <td>선택급여 เงินบำนาญที่เลือก (발생일) (วันที่)</td> <td><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></td> </tr> </table>	발생일 (생년월일) (วันที่)	① <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	② <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	③ <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	선택급여 เงินบำนาญที่เลือก (발생일) (วันที่)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>					
발생일 (생년월일) (วันที่)	① <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	② <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	③ <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	선택급여 เงินบำนาญที่เลือก (발생일) (วันที่)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>							
대리인 ผู้รับมอบอำนาจแทน	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">성명 이름 (본명)</td> <td style="width: 33%;">주민등록번호 หมายเลขประจำตัวประชาชน</td> </tr> <tr> <td>전화번호(주택) 번호(โทรศัพท์บ้าน)</td> <td>휴대전화번호 번호(มือถือ)</td> <td>수급권자와의 관계 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับผลประโยชน์</td> </tr> <tr> <td>주소 ที่อยู่</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>수급권자 확인 수령인 확인 (인)</td> <td>(인)</td> <td>기관장 확인 수령인 확인 (인)</td> </tr> </table>	성명 이름 (본명)	주민등록번호 หมายเลขประจำตัวประชาชน	전화번호(주택) 번호(โทรศัพท์บ้าน)	휴대전화번호 번호(มือถือ)	수급권자와의 관계 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับผลประโยชน์	주소 ที่อยู่			수급권자 확인 수령인 확인 (인)	(인)	기관장 확인 수령인 확인 (인)
성명 이름 (본명)	주민등록번호 หมายเลขประจำตัวประชาชน											
전화번호(주택) 번호(โทรศัพท์บ้าน)	휴대전화번호 번호(มือถือ)	수급권자와의 관계 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับผลประโยชน์										
주소 ที่อยู่												
수급권자 확인 수령인 확인 (인)	(인)	기관장 확인 수령인 확인 (인)										

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

가족연금수령인에게 그동안 차수로 지급되었던 국민연금을 차지하는 경우 「가족연금수령인에게 차지하는 경우」

년 월 일

청구인
(서명)
성명
(นามสกุล)

(서명 또는 인)
(ลายเซ็นต์หรือตราประทับ)

국민연금공단 이사장 귀하

제출한 서면에 기재된 내용과 일치하는 사실입니다.

국민건강보험 요양급여내역 및 의료기관 자료 열람 등 동의서

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

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

「국민건강보험 요양급여내역 및 의료기관 자료 열람 등 동의서」

「국민건강보험 요양급여내역 및 의료기관 자료 열람 등 동의서」

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

청구인
(서명 또는 인)
(이름)
(날짜)

(서명 또는 인)
(이름)
(날짜)