|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■ 국민연금법 시행규칙 [별지 제32호서식] <개정 2017. 9. 22.>  ■ Sesuai Peraturan Undang-Undang Pensiunan Nasional [Format lampiran No. 32] <Revisi 2017.9.22> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **국민연금 [ ]장애발생 [ ]사망 경위 신고서**  **Pensiun Nasional [ ]Terjadi Disabilitas [ ]Laporan Kematian** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하여 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.  ※ Mohon membaca cara pengisian di belakang sebelum mengisi, lalu centang di dalam [ ] yang tepat. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (앞 쪽)  (depan) |
| 접수번호  No. Pendaftaran |  | |  | 접수일시  Tanggal Pendaftaran | | | | |  | |  | | | |  | |  | 처리기간  Periode Pengurusan | | 30일  30 hari | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 가입자  또는  수급권자  Pendaftar atau  Penerima | 성명  Nama | | | | | | | | | | | | | | | | | 주민등록번호  No. ID Card | | | |
| 전화번호(자택)  Nomor Telepon (Rumah) | | | | | | | | | | | | | | | | | 휴대전화번호  No. HP | | | |
| 주소  Alamat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 진료기관  및  진료기간  Institusi Medis dan Periode  Pengobatan | 진료기관 명칭  Nama Institusi Medis | | | | | | | | | 소재지  Lokasi | | 기간  Periode | | | | | | | 진단명  Diagnosa | | |
| 초진:  Kunjungan pertama: | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | |
| 최종:  Kunjungan terakhir: | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 장애발생  또는 사망  경위  Peristiwa Terjadinya Disabilitas atau Kematian | 질병, 부상의 경우  Penyakit atau Luka | | | | | 발생일  Tanggal Kejadian | | | | | |  | | | | | | | 발생장소  Lokasi Kejadian | |  |
| 사망의 경우  Kematian | | | | | 사망일시  Tanggal Kematian | | | | | |  | | | | | | | 사망장소 Lokasi Kematian | |  |
| 사망의 원인인  질병, 부상  Penyakit atau Luka Penyebab Kematian | | | | | |  | | | | | | | 초진일  Tanggal Pemeriksaan  Pertama | |  |
| 경위:  Peristiwa: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 제3자  가해  Akibat Pihak Ketiga | 가해자  (대표)  Pelaku (Wakil) | | | | 성명  Nama | | | | | | | | | 주민등록번호  No. ID Card | | | | | | | |
| 전화번호(자택)  No. Telepon (Rumah) | | | | | | | | | 휴대전화번호  No. HP | | | | | | | |
| 주소  Alamat | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 합의사항  Kesepakatan | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 신고인  Pelapor | 성명  Nama | | | | | | | 주민등록번호  No. ID Card | | | | | | | | | | | | | |
| 전화번호(자택)  Nomor telepon (Rumah) | | | | | | | 휴대전화번호  No. HP | | | | | | | | 가입자(수급권자)와의 관계  Hubungan dengan Pendaftar (Penerima) | | | | | |
| 주소  Alamat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 「국민연금법 시행규칙」 제51조에 따라 위와 같이 신고합니다.  Dengan ini saya mengajukan laporan sesuai dengan Pasal 51 「Pelaksanaan Peraturan Undang-Undang Pensiunan Nasional」 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 년 월 일  Tahun Bulan Hari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | 신고인  Pelapor | | | | | | (서명 또는 인)  (TTD atau Cap) | | | | | | | | |
| 국민연금공단 이사장 귀하  Yang Terhormat Presiden Direktur Layanan Pensiun Nasional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 210mm×297mm(백상지 80g/㎡)  210mm×297mm[kertas putih (80g/㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |
| (뒤 쪽)  (belakang) |
|  |
| 작성방법 및 유의사항  Cara Pengisian & Yang Harus Diperhatikan |
| 1. 가입자 또는 수급권자의 기본사항은 모두 적으십시오.  2. "진료기관 및 진료기간"은 사실에 근거하여 순서대로 빠짐없이 적으시고, 기재란이 부족할 경우는 다른 용지를 사용하여 적으십시오.  3. "장애발생 또는 사망경위"란 : 기재란 부족 시 다른 용지 사용 가능  - 장애발생(또는 사망) 경위는 육하원칙에 의해 빠짐없이 적으시고, "초진일"은 장애(또는 사망)의 원인이 된 질병 또는 부상에 대하여 처음으로 의사의 진찰을 받은 날을 적으십시오(다만, 장애인이 신고할 수 없을 때에는 장애인을 대신하여 다른 사람이 신고할 수 있습니다).  4. "제3자 가해"란은 해당사항이 있는 경우에 적으십시오.  - 가해자가 다수인 경우에는 "가해자"란은 그 대표를 기재하되, 가해자의 인적사항이 등재된 명부를 첨부하십시오.  - 가해자가 불명인 경우는 "가해자"란을 비워두되, "장애발생 또는 사망 경위"란에 그 사유를 상세하게 적으십시오.  - "합의사항"란은 민ㆍ형사상 합의유무, 합의금액 및 수령여부를 포함하여 상세하게 적되, 합의가 되지 아니할 경우에도 그 사유를 적으십시오.  1. Mohon mengisi semua informasi dasar tentang Pendaftar atau Penerima.  2. “Institusi Medis dan Periode Pengobatan” harus diisi berdasarkan fakta sesuai urutan. Jika kolom tidak mencukupi, gunakan kertas lain untuk menuliskannya.  3. Kolom “Peristiwa Terjadinya Disabilitas atau Kematian” : gunakan kertas lain untuk menulis apabila kolom tidak cukup.  - Peristiwa terjadinya disabilitas (atau kematian) harus ditulis dengan detail sesuai 5W1H, serta “Tanggal Pemeriksaan Pertama” harus diisi dengan tanggal pertama Anda bertemu dokter untuk penyakit atau cedera yang menyebabkan disabilitas atau kematian. (Tetapi, jika penyandang disabilitas tidak dapat melaporkannya, orang lain dapat melaporkannya atas nama penyandang disabilitas).  4. Kolom “Akibat Pihak Ketiga” diisi untuk kasus-kasus sebagai berikut.  - Jika ada beberapa pelaku, tulis perwakilannya di kolom "Pelaku", dan lampirkan daftar informasi pribadi pelaku.  - Jika pelakunya tidak diketahui, biarkan kolom "Pelaku" kosong. Di kolom "Peristiwa Terjadinya Disabilitas atau Kematian", tulis alasannya secara detail.  - Kolom “Kesepakatan” harus diisi dengan detail mulai dari ada tidaknya perjanjian perdata atau pidana, jumlah perjanjiannya, serta apakah dana itu diterima atau tidak. Jika tidak ada kesepakatan, mohon tuliskan alasannya. |
|  |
| 처 리 절 차  Proses Pembayaran |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 신고인  Pelapor | | | 경 유 기 관  Melalui Lembaga | | 국민연금공단  Layanan Pensiun Nasional | | |
|  |  |  |  | ▶ |  |  |  |
| 신고서 작성  Mengisi Laporan | 지 사  Kantor Cabang |  |
|  | 신고서 접수ㆍ확인  Menerima dan menkonfirmasi laporan |  |
|  |  |  |