|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■ 국민연금법 시행규칙 [별지 제32호서식] <개정 2017. 9. 22.>  ■ ข้อบังคับใช้ตามกฎหมายเงินบำนาญแห่งชาติสาธารณรัฐเกาหลี [แบบฟอร์มที่ 32] <ปรับปรุงใหม่ 22 กันยายน 2017> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **국민연금 [ ]장애발생 [ ]사망 경위 신고서**  **หนังสือแจ้งรายละเอียด [ ] การเกิดความพิการ [ ] การเสียชีวิต  เพื่อรับเงินบำนาญแห่งชาติสาธารณรัฐเกาหลี** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 뒤 쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하여 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.  ※ กรุณาอ่านวิธีกรอกข้อมูลและข้อควรระวังด้านหลังก่อนกรอกข้อมูล และทำเครื่องหมาย √ ลงใน [ ] ตามข้อที่ใช่ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (앞 쪽)  (ด้านหน้า) |
| 접수번호  หมายเลขที่ยื่นเรื่อง |  | |  | 접수일시  วันเวลาที่ยื่นเรื่อง | | | | |  | |  | | | |  | |  | 처리기간  ระยะเวลาดำเนินการ | | 즉시  ทันที | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 가입자  또는  수급권자  ผู้สมัคร หรือ ผู้มีสิทธิ์รับเงิน | 성명  ชื่อ - สกุล | | | | | | | | | | | | | | | | | 주민등록번호  หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน | | | | |
| 전화번호(자택)  หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน) | | | | | | | | | | | | | | | | | 휴대전화번호  หมายเลขโทรศัพท์มือถือ | | | | |
| 주소  ที่อยู่ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 진료기관  및  진료기간  หน่วยงานที่รักษา และ ระยะเวลาที่รักษา | 진료기관 명칭  ชื่อหน่วยงานที่รักษา | | | | | | | | | 소재지  ที่ตั้ง | | 기간  ระยะเวลา | | | | | | | 진단명  ผลวินิจฉัย | | | |
| 초진:  ตรวจร่างกายครั้งแรก: | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |
| 최종:  สรุป: | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 장애발생  또는 사망  경위  รายละเอียดการ เกิดความพิการ หรือเสียชีวิต | 질병, 부상의 경우  กรณีที่เกิดโรค,  อาการบาดเจ็บ | | | | | 발생일  วันเกิดเหตุ | | | | | |  | | | | | | | 발생장소  สถานที่เกิดเหตุ | |  | |
| 사망의 경우  กรณีที่เสียชีวิต | | | | | 사망일시  วันเวลาที่เสียชีวิต | | | | | |  | | | | | | | 사망장소  สถานที่เสียชีวิต | |  | |
| 사망의 원인인  질병, 부상  โรค, อาการบาดเจ็บ ที่เป็นเหตุให้เสียชีวิต | | | | | |  | | | | | | | 초진일  วันที่ตรวจร่างกายครั้งแรก | |  | |
| 경위:  รายละเอียด: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 제3자  가해  การประทุษร้าย  จากบุคคลที่ 3 | 가해자  (대표)  ผู้ประทุษร้าย (ตัวแทน) | | | | 성명  ชื่อ - สกุล | | | | | | | | | 주민등록번호  หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน | | | | | | | | |
| 전화번호(자택)  หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน) | | | | | | | | | 휴대전화번호  หมายเลขโทรศัพท์มือถือ | | | | | | | | |
| 주소  ที่อยู่ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 합의사항  ข้อตกลง | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 신고인  ผู้แจ้ง | 성명  ชื่อ - สกุล | | | | | | | 주민등록번호  หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน | | | | | | | | | | | | | | |
| 전화번호(자택)  หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน) | | | | | | | 휴대전화번호  หมายเลขโทรศัพท์มือถือ | | | | | | | | 가입자(수급권자)와의 관계  ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร (ผู้มีสิทธิ์รับเงิน) | | | | | | |
| 주소  ที่อยู่ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 「국민연금법 시행규칙」 제51조에 따라 위와 같이 신고합니다.  แจ้งรายละเอียดของเนื้อหาข้างต้นตาม 「ข้อบังคับใช้ของกฎหมายเงินบำนาญแห่งชาติสาธารณรัฐเกาหลี」 มาตรา 51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 년 월 일  ปี เดือน วัน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | 신고인  ผู้แจ้ง | | | | | | (서명 또는 인)  (ลายเซ็นหรือตราประทับ) | | | | | | | | | |
| **국민연금공단 이사장** 귀하  เรียน **ผู้อำนวยการสำนักงานเงินบำนาญแห่งชาติสาธารณรัฐเกาหลี** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 210mm×297mm(백상지 80g/㎡)  210mm×297mm (กระดาษขาว 80g/㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |
| (뒤 쪽)  (ด้านหลัง) |
|  |
| 작성방법 및 유의사항  วิธีกรอกข้อมูลและข้อควรระวัง |
| 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. กรุณากรอกข้อมูลพื้นฐานของทั้งผู้สมัครและผู้มีสิทธิ์รับเงิน  2. กรอก “หน่วยงานที่รักษาและระยะเวลาที่รักษา” ตามจริงและตามลำดับโดยไม่ตกหล่น กรณีที่ช่องกรอกรายละเอียดมีพื้นที่ไม่เพียงพอ กรุณากรอกในกระดาษแผ่นอื่น เพิ่มเติม  3. ในช่อง “รายละเอียดการเกิดความความพิการหรือเสียชีวิต: กรณีที่ช่องกรอกรายละเอียดมีพื้นที่ไม่เพียงพอสามารถใช้กระดาษแผ่นอื่นเพิ่มเติมได้   * กรุณากรอกสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการ (หรือเสียชีวิต) ตามหลัก 6 ประการในการเขียนรายงาน สำหรับ “วันตรวจร่างกายครั้งแรก” ให้กรอกวันแรกที่ได้รับการตรวจโรคหรืออาการบาดเจ็บที่เป็นเหตุให้เกิดความพิการ (หรือเสียชีวิต) (ทั้งนี้, บุคคลอื่นสามารถแจ้งเรื่องแทนผู้พิการที่ไม่สามารถแจ้งเรื่องด้วยตนเองได้)   4. ในช่อง “ความเสียหายจากบุคคลที่ 3” กรุณากรอกในกรณีดังต่อไปนี้   * กรณีผู้ที่ทำให้เกิดความเสียหายมีหลายคน ให้กรอกชื่อตัวแทนลงในช่อง “ผู้ที่ทำให้เกิดความเสียหาย” โดยอ้างอิงจากรายชื่อที่มีประวัติส่วนตัวของผู้ประทุษร้าย * กรณีที่ไม่แน่ใจเกี่ยวกับผู้ประทุษร้าย ให้เว้นว่างช่อง “ผู้ประทุษร้าย” และกรอกสาเหตุโดยละเอียดลงในช่อง “รายละเอียดการเกิดความพิการหรือเสียชีวิต” * ในช่อง “ข้อตกลง” กรุณากรอกรายละเอียดข้อตกลงทางแพ่ง ㆍ อาญา ยอดเงินที่ตกลงกัน และสถานะการรับเงิน กรณีตกลงกันไม่ลงตัวก็ให้กรอกสาเหตุดังกล่าวด้วย |
|  |
| 처 리 절 차  ขั้นตอนการดำเนินการ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 신고인  ผู้แจ้ง | | | 경 유 기 관  หน่วยงานที่ดำเนินการผ่าน | | 국민연금공단  สำนักงานเงินบำนาญแห่งชาติสาธารณรัฐเกาหลี | | |
|  |  |  |  | ▶ |  |  |  |
| 신고서 작성  กรอกหนังสือแจ้ง | 지 사  สำนักงานย่อย |  |
|  | 신고서 접수ㆍ확인  รับ ㆍ ตรวจสอบหนังสือแจ้ง |  |
|  |  |  |