|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■ 국민연금법 시행규칙 [별지 제32호서식] <개정 2017. 9. 22.>  ■ 国民年金法执行规定 [附件 第32号格式]<修订2017.9.22> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **국민연금 [ ]장애발생 [ ]사망 경위 신고서**  **国民年金[ ]致残 [ ]死亡经过申报表** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 뒤 쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하여 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.  ※ 请阅读后页的填写方法及注意事项后填写，并在相应的[ ]里打钩√。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (앞 쪽)  （前页） |
| 접수번호  提交号码 |  | |  | 접수일시  提交日期 | | | | |  | |  | | | |  | |  | 처리기간  受理所需时间 | | 즉시  即刻 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 가입자  또는  수급권자  加入者或  享有领取权者 | 성명  姓名 | | | | | | | | | | | | | | | | | 주민등록번호  居民登陆证号 | | | | |
| 전화번호(자택)  联系方式（所在地） | | | | | | | | | | | | | | | | | 휴대전화번호  手机号 | | | | |
| 주소  地址 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 진료기관  및  진료기간  诊疗机构  及  诊疗期间 | 진료기관 명칭  诊疗机构名称 | | | | | | | | | 소재지  所在地 | | 기간  期间 | | | | | | | 진단명  诊断名 | | | |
| 초진:  出诊： | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |
| 최종:  最终 | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 장애발생  또는 사망  경위  致残或死亡经过 | 질병, 부상의 경우  如为疾病、负伤 | | | | | 발생일  发生日期 | | | | | |  | | | | | | | 발생장소  发生地点 | |  | |
| 사망의 경우 | | | | | 사망일시 | | | | | |  | | | | | | | 사망장소  死亡地点 | |  | |
| 사망의 원인인  질병, 부상 | | | | | |  | | | | | | | 초진일  初诊日期 | |  | |
| 경위:  经过： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 제3자  가해  第三方  加害 | 가해자  (대표)  加害者  (代表) | | | | 성명  姓名 | | | | | | | | | 주민등록번호  居民登陆证号 | | | | | | | | |
| 전화번호(자택)  联系方式（所在地） | | | | | | | | | 휴대전화번호  手机号 | | | | | | | | |
| 주소  地址 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 합의사항  协议事项 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 신고인  申报人 | 성명  姓名 | | | | | | | 주민등록번호  居民登陆证号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 전화번호(자택)  联系方式（所在地） | | | | | | | 휴대전화번호  手机号 | | | | | | | | 가입자(수급권자)와의 관계  与加入者(享有领取权者)的关系 | | | | | | |
| 주소  地址 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 「국민연금법 시행규칙」 제51조에 따라 위와 같이 신고합니다.  依照「国民年金法执行规定」第51条规定，如上申报。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 년 월 일  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | 신고인  申报人 | | | | | | (서명 또는 인)  （签名或盖章） | | | | | | | | | |
| **국민연금공단 이사장** 귀하  致 国民年金公团理事长 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 210mmx297mm(백상지 80g/㎡)  210mm×297mm（道林纸 80g/㎡） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |
| (뒤 쪽)  （后页） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 작성방법 및 유의사항  填写方法及注意事项 | | | | | | | | | |
| 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、加入者及享有领取权者的基本信息全部都要填写。  2、“诊疗机构及诊疗期间”应按照事实情况依序毫无遗漏地填写，如填写栏空间不够，则可使用其他纸张填写。  3、“致残及死亡经过”栏 : 如填写栏空间不够，则可使用其他纸张填写。  - 致残(或死亡)经过请依据六何原则毫无遗漏地填写，“初诊日期”请填写导致残疾（或死亡） 原因的疾病或负伤初次接受医生诊疗的日期（如为残疾人无法申报的情况，可由其他人代为申报）。  4、“第三方加害”栏请在如有相应情况时填写。  - 如加害者为多人，则在“加害者”栏中填写其代表，并另附记载加害者个人信息的名簿。  - 如加害者不明，可保留“加害者”栏空白，但在“致残及死亡经过”栏中详细写明其事由。  - 在“协议事项”栏须详细填写是否进行了民事或刑事协商，是否领取了协议金等；如未达成协商，也请写明其事由。 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 처 리 절 차  处 理 流 程 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 신고인  申报人 | | | 경 유 기 관  经办机构 | | 국민연금공단  国民年金公团 | | |
|  |  |  |  | ▶ |  |  |  |
| 지 사  分公司 |
| 신고서 작성  申报人 |
|  | 신고서 접수ㆍ확인  接收·确认申报表 |
|  |
|  |
|  | | | | | | | | | |