



<p>대한민국 정부와 필리핀공화국 정부 간의 사회보장협정에 의한 한국급여청구서</p> <p>APPLICATION FOR KOREAN BENEFITS</p> <p>UNDER AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF KOREA AND THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES</p>	<p>필리핀 실무기관 기재란 FOR USE BY PHILIPPINES INSTITUTION ONLY</p> <p>Date of Receipt: (MM/DD/YYYY)</p> <p>Verified by:</p>
--	---

- 해당되는 질문을 모두 기재하십시오. / Please complete all the relevant sections.
- [A.일반정보]란을 작성하시고, 노령연금 청구 시에는 [B.노령연금청구], 분할연금 청구 시에는 [C.분할연금청구], 장애연금 청구 시에는 [D.장애연금청구], 유족연금 청구 시에는 [E.유족연금청구], 일시금 청구 시에는 [F.일시금지급청구]란을 작성해 주십시오. 은행계좌정보는 [G.급여수급방법]란에 기재하십시오. 서류작성이 끝나면 [I.청구인의 서명란]에 청구일자를 기재하시고 서명하여 주십시오./
After completing [Section A. General Information], please go to the relevant sections: In case of applying for an Old Age Pension, complete [Section B. Application for an Old Age Pension]. In case of a Divided Pension, complete [Section C. Application for a Divided Pension]. In case of a Disability Pension, complete [Section D. Application for a Disability Pension]. In case of a Survivor Pension, complete [Section E. Application for a Survivor Pension], and in case of a Lump-sum Benefit, complete [Section F. Application for a Lump Sum Benefit]. Please put your bank information on the [Section G. Method of Payment of Benefit]. After completing all the relevant sections, please write down date of application and sign on the [Section I. To be signed by the Applicant].
- 해당 증빙서류를 첨부하십시오. / Please attach any relevant supporting documentation.

A. 일반정보/ GENERAL INFORMATION																							
1. 청구급여를 표시하십시오./ Please mark with an (x) the type of benefit for which you are applying.																							
<input type="checkbox"/> 노령연금/ Old Age Pension		<input type="checkbox"/> 분할연금/ Divided Pension/																					
<input type="checkbox"/> 장애연금/ Disability Pension		<input type="checkbox"/> 유족연금/ Survivor Pension																					
<input type="checkbox"/> 일시금/ Lump Sum Benefit																							
2. 가입자에 관한 정보/ Information about the insured																							
a) 성명/ Full name	이름/First	Middle	성/Last																				
			b) 성별/ Sex																				
			<input type="checkbox"/> 남/ Male <input type="checkbox"/> 여/ Female																				
c) 출생 시 성명/ Name at birth			d) 생년월일/ Date of birth																				
			(월/일/년)(MM/DDYY)																				
e) 한국 주민(외국인)등록번호/ Korean Resident(Alien) Registration Number/	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																						

f) 필리핀사회보장번호/ <input type="checkbox"/> SSS Number / SSS 번호 <input type="checkbox"/> GSIS BP Number / GSIS BP 번호	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
g) 출생지/ Place of birth/			h) 국적/ Nationality																					
i) 주소/ Address	(우편번호/ Postal code) _____																							
j) 전화번호/ Telephone number			k) 전자우편주소/ E-mail address																					
3. 수급권자에 관한 정보 (2 번의 가입자가 아닌 경우에만 기재하십시오)/ Information about the beneficiary (Please fill in only if the beneficiary is not the same as the above-named insured)																								
a) 성명/ Full name	이름/First	Middle	성/Last																					
b) 생년월일/ Date of birth	(월/일/년)(MM/DD/YY)		c) 성별/ Sex <input type="checkbox"/> 남/ Male <input type="checkbox"/> 여/ Female																					
d) 가입자와의 관계/ Relationship to the insured																								
e) 한국 주민(외국인)등록번호/ Korean Resident(Alien) Registration Number	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>-</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													-										
										-														
f) 필리핀 사회보장번호/ <input type="checkbox"/> SSS Number / SSS 번호 <input type="checkbox"/> GSIS BP Number / GSIS BP 번호	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
g) 주소/ Address	(우편번호 / Postal code) _____																							
h) 전화번호/ Telephone number			i) 전자우편주소/ E-mail address																					
j) 미성년자의 법정대리인 성명/ If minor, name of his/her legal agent/representative	이름/First	Middle	성/Last																					
	k) 법정대리인 서명/ Signature of legal agent/representative																							

4. 가입자의 피부양자에 관한 정보/ Information about dependents supported by the insured

a) 배우자(사실혼 포함), 19 세 미만 또는 중증장애인 자녀(양자녀 포함), 법정지급연령 이상 또는 중증장애인 부모 (배우자부모 포함)
 Spouse (including common-law), children under age 19 or severely disabled (including legally adopted), parents at the statutory age of payment or older, or severely disabled (including spouse's parents)

- 추가 여백이 필요한 경우 별지를 사용하십시오./
 Please use a separate sheet, if necessary.

성명/ Full name	생년월일 (한국주민등록번호) Date of birth (or Korean Resident Registration No.)	장애 여부/ Whether disabled or not	주소/ Address	가입자와의 관계/ Relationship to the insured
		<input type="checkbox"/> 예/ Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No		
		<input type="checkbox"/> 예/ Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No		
		<input type="checkbox"/> 예/ Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No		
		<input type="checkbox"/> 예/ Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No		

b) 위 피부양자 중에서 한국 국민연금급여를 받고 있는 사람이 있습니까?
 Are any of the dependents listed above receiving any benefit under the Korean National Pension Act?
 예/Yes/ 아니오/No

“예” 라면 그의 성명, 한국 주민등록번호 및 급여유형은?
 If “Yes”, what is his/her name, Korean Resident Registration Number and the type of benefit?/

성명/ Full name	이름/First	Middle	성/Last
한국 주민등록번호/ Korean Resident Registration Number	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
급여유형/ Type of benefit	<input type="checkbox"/> 노령연금/Old Age Pension <input type="checkbox"/> 분할연금/Divided Pension <input type="checkbox"/> 장애연금/Disability Pension <input type="checkbox"/> 유족연금/Survivor Pension <input type="checkbox"/> 반환일시금/Lump Sum Refund		

5. 급여의 선택/ Choice of Benefit

- 2 이상의 급여수급자격이 있는 경우에만 표시하십시오./
 Please mark benefits with an (x) only if you are eligible for two or more.

a) 발생급여/ Eligible benefits	<input type="checkbox"/> 노령연금/Old Age Pension <input type="checkbox"/> 분할연금/Divided Pension <input type="checkbox"/> 장애연금/Disability Pension <input type="checkbox"/> 유족연금/Survivor Pension <input type="checkbox"/> 반환일시금/Lump Sum Refund
b) 선택급여/ Benefit chosen	<input type="checkbox"/> 노령연금/Old Age Pension <input type="checkbox"/> 분할연금/Divided Pension <input type="checkbox"/> 장애연금/Disability Pension <input type="checkbox"/> 유족연금/Survivor Pension <input type="checkbox"/> 반환일시금/Lump Sum Refund

B. 노령연금 청구/ APPLICATION FOR AN OLD AGE PENSION

1. 귀하가 법정지급연령에 5세를 더한 연령 미만인 경우 소득활동에 종사하고 있습니까? /
If you are younger than the statutory age of payment plus 5 years, are you still working?/

- 예/ Yes “예”라면, 소득액/ If “Yes”, amount of earnings per 일/day, 주/week, 월/month, 년/year
- 아니오/ No

1-1. 귀하의 소득유형을 기재하여 주십시오./ Mark your income type with an (x).

- 사업소득/ Business income 근로소득/ Earned income

- 귀하는 법정지급연령에 5세를 더한 연령 이전에 소득활동을 중단하시거나 다시 시작하신다면 한국 국민연금공단에 즉시 신고하셔야 합니다./

If you stop or resume working prior to the statutory age of payment plus 5 years, you must notify without delay the Korean National Pension Service of that fact.

2. 추가 가입기간/ Additional Period of Coverage

- 아래 해당되는 사항에 표시하십시오. / Please check the relevant items below.

- 해당되는 경우, 가입기간이 추가로 산입될 수 있습니다./

If applicable, an additional period could be added to your period of coverage.

- 2008.1.1. 이후 한국 「민법」 또는 「입양특례법」에 따른 둘째 이상 자녀 출산 또는 입양/
Birth or adoption of two or more children under the Korean Civil Act or Act on Special Cases Concerning Adoption after January 1, 2008/
- 2008.1.1. 이후 한국 「병역법」에 따른 군입대하여 6개월 이상 복무/
Joined the army under the Korean Military Service Act after January 1, 2008, and served for more than 6 months

3. 노령연금의 지급연기를 신청하시겠습니까? /

Would you like to apply for a payment deferral of Old Age Pension?/

- 신청/ Yes 미신청/ No

- “예”라면, 연기 기간(최대 5년)동안 연금액의 전부 또는 일부의 지급을 연기신청할 수 있으며, 재지급 시에는 최초 연기 신청한 노령연금액(부양가족연금액 제외)에 대하여 연기된 매 1년마다 7.2%(월 0.6%)의 연금액을 가산하여 지급/

If “Yes”, you may apply for a deferral of payment of all or part of the pension amount for the period of deferral (up to 5 years), and in the event of repayment, the pension amount of 7.2%(0.6% per month) will be added to the amount of the old age pension amount originally applied for deferral (excluding dependents' pension amount) for every 1 year deferred.

■ 연기 비율/ Ratio of the deferment of payment

100% 90% 80% 70% 60% 50%

■ 연기 개시일*/ Commencement date of payment deferral*

: ____ 월/MM ____ 일/DD ____ 년/YY

* 노령연금 지급사유발생일부터 지급연기신청일까지의 기간 중 선택해 주십시오./

Please select a date from the date of eligibility for Old Age Pension to the date of application for payment deferral.

■ 연기 종료일*/ End date of payment of deferral*/

: ____ 월/MM ____ 일/DD ____ 년/YY

* 지급 연기는 법정지급연령으로부터 최대 5년까지 가능합니다./

The maximum deferral period is up to five years from the statutory age of payment.

4. 확인사항/ Confirmation

본인은 「국민연금법」 시행령에 따른 소득있는 업무에 종사하는 경우 「국민연금법」에 따른 지급제한에 해당됨을 안내받았음을 확인합니다./

I confirm that I have been informed that if I am engaged in work with income pursuant to the Enforcement Decree of the National Pension Act, I am subject to payment restrictions under the National Pension Act.

가입자 또는 청구인 성명/ Name of insured/applicant : _____

서명/ Signature:

D. 장애연금 청구/ APPLICATION FOR A DISABILITY PENSION

1. 장애에 관한 정보/ Information concerning disability

a) 장애발생일/ Date of onset of disability	(월/일/년) (MM/DD/YY) *	b) 장애의 원인/ Cause of disability	<input type="checkbox"/> 질병/Disease <input type="checkbox"/> 부상/Injury
c) 장애발생경위/ History of Disability			
진료기관/ Institution	소재지/ Location	기간/ Period	진단명/ Diagnosis
초진/ First medical examination			
최종진단/ Final medical examination			

2. 귀하의 장애로 한국의 산업재해보상보험법, 근로기준법, 선원법 또는 어선원 및 어선 재해보상보험법에 의한 급여를 받았습니까?/

Have you received a disability benefit under the Korean Industrial Accident Compensation Insurance Act, the Korean Labor Standards Act, the Korean Seafarers' Act, or the Korean Act on Accident Compensation Insurance for Fishers and Fishing Vessels due to your disability?

예/ Yes 아니오/ No

3. 귀하가 제 3 자의 가해로 장애를 입은 경우 귀하는 국민연금 장애연금 지급사유와 동일한 사유로 그 가해자로부터 손해배상금을 받았습니까?/

In the case of a disability caused by a third person, have you received an indemnity from him/her based on the same cause for a Disability Pension under the NPS ?

“예”라면, 받은 배상금액/

예/ Yes If “Yes”, indicate the amount of indemnity received _____.

아니오/ No

4. 제 3 자에 관한 정보/ Information about the third person(s)

- 제 3 자가 2 인 이상일 경우에는 별지에 아래 사항을 기재하십시오./
If the third persons are two or more, please fill in the information for the items below using a separate sheet.

a) 개인일 경우/ In the case of an individual

성명/ Full name	이름 /First Middle 성 /Last	생년월일 (한국 주민등록번호)/ Date of birth (or Korean Resident Registration No.)	
주소/ Address	(우편번호/ Postal code) _____		
전화번호/ Telephone number		전자우편주소/ E-mail address	

b) 법인일 경우/ In the case of a corporation

법인명/ Name of corporation		사업자등록번호/ Business registration number	
법인주소/ Address of corporation	(우편번호/ Postal code) _____		
전화번호/ Telephone number		대표자 성명 및 생년월일/ Name and birth date of representative of corporation	

**5. 본인은 장애호전 사항이 있는 경우 즉시 그 사실을 한국 국민연금공단에 통보할 것에 동의합니다./
If there is any improvement in my medical condition, I agree to notify without delay the Korean National Pension Service of that fact.**

가입자 또는 청구인 서명/
Signature of the insured or applicant

**6. 한국 국민건강보험 요양급여·의료급여·건강검진 내역 및 의료기관 자료 열람 등 동의/
Consent to Accessing Health Care Benefits, Medical Benefits, Health Checkups Information from the National Health Insurance and Documents from Medical Institutions**

본인은 장애연금 업무처리와 관련하여 담당 직원이 요양기관, 질병·부상의 발생일, 초진일 및 장애 정도 확인 등을 위하여 필요한 경우, 본인(또는 심사대상자)의 한국 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 및 건강검진에 관한 자료, 「의료급여법」에 따른 의료급여의 내용 및 건강검진에 관한 자료, 「의료법」에 따른 의료기관의 진료기록 등의 자료를 열람 및 발급신청하는 것에 동의합니다.

* 동의하지 않는 경우에는 청구인이 관련 서류를 직접 제출하여야 합니다./

I consent to the access and application for issuance of documents, including my(or persons subject to examination's) Korean National Health Insurance health care benefits and health checkups details pursuant to the "National Health Insurance Act", medical benefits and health checkups details pursuant to the "Medical Benefit Act", medical records from medical institutions pursuant to the "Medical Service Act," etc., by employees responsible for the processing of my Disability Pension, if necessary, for the verification of a health care institution, date of sickness or injury occurrence, date of first medical examination, degree of disability, etc.

* When consent is not given, the claimant must directly submit the relevant documents.

가입자 또는 청구인 서명/

Signature of the insured or applicant _____

7. 심사 자료 열람(활용) 동의/

Consent to Accessing (Using) Documents related to examination

본인은 장애연금 업무처리와 관련하여 담당 직원이 한국 「장애인복지법」 제 32조에 따른 장애인등록 또는 장애 정도 조정을 위해 국민연금공단에 제출된 심사 관련 자료를 열람 및 활용하는 것에 동의합니다.

(「장애인복지법」에 따른 장애인 등록 또는 장애 정도 조정을 신청한 사람의 경우에만 해당합니다)

* 동의하지 않는 경우에는 청구인이 관련 서류를 직접 제출하여야 합니다./

I consent to the access and utilization of documents, submitted to the National Pension Service for a Disability Registration or Adjustment of the Degree of a Disability request, pursuant to Article 32 of the "Act on Welfare of Persons with Disabilities" of Korea, by employees responsible for processing a Disability Pension (only applicable to a person applying for a disability registration or the adjustment of the degree of a disability, pursuant to the "Act on Welfare of Persons with Disabilities").

* When consent is not given, the claimant must directly submit the relevant documents.

가입자 또는 청구인 서명/

Signature of the insured or applicant _____

E. 유족연금 청구/ APPLICATION FOR A SURVIVOR PENSION

1. 사망에 관한 정보/ Information concerning death

a) <input type="checkbox"/> 사망일/ Date of death <input type="checkbox"/> 사망 추정일/ Presumed date of death	(월/일/년)(MM/DD/YY)
b) <input type="checkbox"/> 사망장소/ Place of death <input type="checkbox"/> 사망 추정장소/ Presumed place of death	
c) 사망의 원인/ Cause of death	<input type="checkbox"/> 질병/ Disease <input type="checkbox"/> 사고/ Accident <input type="checkbox"/> 기타/ Other ()
d) 사망경위(질병의 경우 병력을 포함하십시오)/ Relevant information concerning cause of death (Please include time line, if by disease)	

2. 동순위 수급권자에 관한 정보/

Information on beneficiaries of equal standing

•귀하를 포함하여 동순위 수급권자가 2인 이상인 경우에만 기재하십시오./

Please fill in only if there are two or more beneficiaries of equal standing, including yourself.

a) 동순위 수급권자* 수/ Number of beneficiaries of equal standing*

: _____명/ Persons

* 동순위 수급권자: 25세 미만 유족 자녀, 한국 법에서 정한 일정 연령 이상 유족 부모 등/

Beneficiaries of equal standing: surviving children less than age 25, surviving parents over a certain age prescribed by the Korean legislation, etc.

b) 귀하가 동순위 수급권자의 대표자로 선정되었을 경우 아래 사항을 기재하시고, 다른 동순위 수급권자의 신분증 사본을 첨부하십시오./

If you have been designated as the representative of the beneficiaries of equal standing, please fill in the items below and attach a copy of an ID card for each of the other beneficiaries of equal standing.

성명/ Full name (이름/First) (Middle) (성/Last)	생년월일 (한국 주민등록번호)/ Date of birth (or Korean Resident Registration No.)	주소/ Address	가입자와의 관계/ Relationship to the insured	서명(날인)/ Signature

3. 귀하는 가입자의 사망으로 한국의 산업재해보상보험법, 근로기준법, 선원법 또는 어선원 및 어선 재해 보상보험법에 의한 급여를 받았습니까?

Have you received a disability benefit under the Korean Industrial Accident Compensation Insurance Act, the Korean Labor Standards Act, the Korean Seafarers' Act, or the Korean Act on Accident Compensation Insurance for Fishers and Fishing Vessels due to your disability?/

예/ Yes 아니오/ No

4. 가입자가 제 3 자의 가해로 사망한 경우, 귀하는 제 3 자로부터 국민연금 유족연금 지급사유와 동일한 사유로 손해배상금을 받았습니까?!

In the case where the death of the insured was caused by a third person, have you received an indemnity from him/her based on the same cause for a Survivor Pension under the NPS?

“예”라면, 받은 배상금액/

예/ Yes If “Yes”, indicate the amount of indemnity received _____

아니오/ No

5. 제 3 자에 관한 정보/ Information about the third person(s)

• 제 3 자가 2 인 이상일 경우에는 별지에 아래 사항을 기재하십시오./

If there are two or more third persons, please fill in the information for the items below using a separate sheet.

a) 개인일 경우/ In the case of an individual

성명/ Full name	이름 /First Middle 성 /Last	생년월일 (또는 한국 주민등록번호)/ Date of birth (or Korean Resident Registration No.)	
주소/ Address	(우편번호/ Postal code) _____		
전화번호/ Telephone number		전자우편주소/ E-mail address	

b) 법인일 경우 / In the case of a corporation

법인명/ Name of corporation		사업자 등록번호/ Business registration number	
법인주소/ Address of corporation	(우편번호/ Postal code) _____		
전화번호/ Telephone number		대표자 성명 및 생년월일/ Name and birth date of representative of corporation	

6. 한국 국민건강보험 요양급여·의료급여·건강검진 내역 및 의료기관 자료 열람 등 동의/

Consent to Accessing Health Care Benefits, Medical Benefits, Health Checkups Information from the National Health Insurance and Documents from Medical Institutions

본인은 유족연금 업무처리와 관련하여 담당 직원이 요양기관, 상병의 발생일, 초진일 및 장애 정도 확인 등을 위하여 필요한 경우, 본인(또는 심사대상자)의 한국 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 및 건강검진에 관한 자료, 「의료급여법」에 따른 의료급여의 내용 및 건강검진에 관한 자료, 「의료법」에 따른 의료기관의 진료기록 등의 자료를 열람(발급신청)하는 것에 동의합니다.

* 동의하지 않는 경우에는 청구인이 관련 서류를 직접 제출하여야 합니다./

I consent to the access and application for issuance of documents, including my(or persons subject to examination’s) Korean National Health Insurance health care benefits and health checkups details pursuant to the “National Health Insurance Act”, medical benefits and health checkups details pursuant to the “Medical Benefit Act”, medical records from medical institutions pursuant to the “Medical Service Act,” etc., by employees responsible for the processing of my Survivor Pension, if necessary, for the verification of a health care institution, date of illness occurrence, date of first medical examination, degree of disability, etc.

* When consent is not given, the claimant must directly submit the relevant documents.

청구인 서명/

Signature of the applicant _____

F. 일시금 지급청구/ APPLICATION FOR A LUMP SUM BENEFIT

1. 일시금 지급청구 사유는 무엇입니까?/

What is the reason for applying for a Lump Sum benefit?

- 가입자 사망/ Death of the contributor 60 세 도달/ Reaching age of 60
 국적상실(국외이주)/ Loss of Korean nationality or Emigration from Korea

2. 가입자가 사망한 경우에만 기재하십시오./

Please fill in only if the contributor is deceased.

a) 사망일/ Date of death

사망 추정일/ Presumed date of death

(월/일/년)(MM/DD/YY)

b) 사망장소/ Place of death

사망 추정장소/ Presumed place of death

c) 사망원인/

Cause of death

질병/ Disease

사고/ Accident

기타/ Other ()

d) 사망경위(질병의 경우 병력을 포함하십시오)/ Relevant information concerning cause of death (Please include time line, if by disease)

3. 동순위 수급권자에 관한 정보/ Information on beneficiaries of equal standing

•귀하를 포함하여 동순위 수급권자가 2 인 이상인 경우에만 기재하십시오./

Please fill in only if there are two or more beneficiaries of equal standing, including yourself.

a) 동순위 수급권자 수/ Number of beneficiaries of equal standing

: _____명/ Persons

•가입자 사망에 의한 반환일시금의 동순위 수급권자: 25 세 미만 유족 자녀, 한국 법이 정한 일정 연령 이상 유족 부모 등
 Beneficiaries of equal standing for the Lump Sum Refund due to the death of the contributor: surviving children less than age of 25, surviving parents over a certain age prescribed by the Korean legislation, etc.

•가입자 사망에 의한 사망일시금의 동순위 수급권자: 25 세 이상 유족 자녀, 60 세 미만 유족 부모, 형제자매 등
 Beneficiaries of equal standing for the Lump Sum Death Benefit due to the death of contributor: surviving children over age of 25, surviving parents less than age of 60, siblings, etc.

b) 귀하가 동순위 수급권자의 대표자로 선정되었을 경우 아래 사항을 기재하시고, 다른 동순위 수급권자의 신분증 사본을 첨부하십시오./

If you have been designated as the representative of the beneficiaries of equal standing, please fill in the items below and attach a copy of an ID card for each of the other beneficiaries of equal standing.

성명/ Full name (이름/First) (Middle) (성/Last)	생년월일 (또는 한국 주민등록번호) Date of birth (or Korean Resident Registration No.)	주소/ Address	서명(날인) / Signature (Registered seal)

4. 확인사항/ Confirmation

- (1) 반환일시금을 지급받으면 「국민연금법」에 따른 노령연금, 장애연금, 유족연금 또는 사회보장협정에 의한 합산급여를 지급받을 수 없게 된다는 사실을 알고 있음에도 불구하고 반환일시금을 청구하고자 합니다./
By agreeing to accept a Lump Sum Refund, I understand that I cannot receive the Old Age Pension, Disability Pension, Survivor Pension under the Korean National Pension Act, or any aggregated benefit under the Social Security Agreement
- (2) 한국의 직역연금 가입이력이 있는 경우, 반환일시금(60 세 도달)을 지급받으면 국민연금과 한국 직역연금간 연계 신청(공적연금 연계)을 할 수 없게 된다는 사실을 알고 있음에도 불구하고 반환일시금을 청구하고자 합니다./
I intend to make a Lump sum Refund request, even though I am aware of the fact that I will not be able to apply for a aggregation between the National Pension and the Korean Occupational Pension (called Public Pension Aggregation) if I receive a Lump sum Refund(reaching the age of 60) with a history of a Korean Occupational Pension coverage.
- (3) 출산(입양) 또는 한국 군복무로 인해 산입기간이 추가되어 국민연금 가입기간이 120 개월 이상인 경우 「국민연금법」에 따라 국민연금 노령연금 지급대상이 됨을 안내받았습니다./
I was informed that if the period of coverage in the National Pension was more than 120 months due to childbirth(adoption) or Korean military service, I was eligible for Old Age Pension in accordance with the National Pension Act.

가입자 또는 청구인 성명/ Name of insured or applicant : _____

서명/ Signature: _____

G. 급여수급 방법/ METHOD OF PAYMENT OF BENEFIT

- 계좌이체의 경우 청구인의 성명 및 계좌번호를 포함한 계좌증빙서류를 제출하십시오./
Please submit a bank statement or a void check that includes the applicant's name and account number in case of direct deposit.
- 계좌명의를 청구인의 이름과 동일해야 합니다./
The account must be opened in the applicant's name.

<input type="checkbox"/> 한국 내 통장 계좌이체/ Direct deposit (to Korean bank only)		해외송금/ Overseas Remittance						
		<input type="checkbox"/> 수표(한국 외 주소)/ Cheque (to non-Korean Address)/	<input type="checkbox"/> 한국 외 통장 계좌이체/ Telegraphic Transfer (to non-Korean bank)/ •금융기관명 및 계좌번호를 아래에 기재하십시오./ Please provide your financial institution and account number below.					
은행명/ Bank name/		수표수취 희망주소* / Preferred address to which cheque is sent*	지급상대국/ Country					
계좌번호/ Account number/			은행명/ Bank name					
			은행 주소/ Bank address					
			계좌번호 또는 IBAN/ Account number or IBAN/					
예금주/ Account Holder		* 사서함은 기재하지 마십시오. / P. O. Box numbers are not accepted	은행인식코드(BIC/SWIFT)/ Bank Identifier Code (BIC/ SWIFT)					
			예금주/ Account holder					
송금희망 화폐/ Preferred currency for remittance	•송금희망화폐는 아래의 통화 중에서 선택하셔야 합니다. (원하는 통화에 동그라미 하십시오) / Your preferred currency for remittance should be chosen from among the following. (Circle the preferred currency)							
	국가 /Country	통화/ Currency	국가 /Country	통화/ Currency	국가 /Country	통화/ Currency	국가 /Country	통화/ Currency
	미국/ United States	USD	캐나다/ Canada	CAD	호주/ Australia/	AUD	뉴질랜드/ New Zealand	NZD
	일본/ Japan	JPY	스위스/ Switzerland	CHF	홍콩 Hong Kong	HKD	덴마크/ Denmark/	DKK
	영국/ United Kingdom	GBP	스웨덴/ Sweden	SEK	유럽연합/ EU	EUR	싱가포르/ Singapore	SGD
	태국/ Thailand	THB	필리핀/ Philippines	PHP	인도/ India	INR	노르웨이/ Norway	NOK
	•다만, 부득이한 경우 선택한 통화 대신 “USD”로 송금될 수 있습니다. / In certain unavoidable circumstances, payment may be made in USD instead of the currency chosen.							

해외송금
규정요약/
Summary
of the
General
Terms and
Conditions
of Overseas
Remittance

1. 수급권자 본인이 청구하는 경우는 해외송금방법에 의하여 수급권자 본인에게 지급하고 국내거주 대리인이 청구하는 경우는 대리인에게 지급합니다./
A benefit for which a beneficiary applies abroad shall be directly paid to the beneficiary. And if, on behalf of a beneficiary abroad, his/her agent in Korea applies for a benefit, the benefit will be paid to the agent in Korea.
2. 급여를 해외 송금할 경우 전신송금환을 원칙으로 하고 수급권자가 원할 경우 송금수표도 인정하되, 송금수수료 및 국제전신료, 국외은행수수료 등 해외송금비용 중 전신송금환에 따르는 송금수수료 및 국제전신료(또는 송금수표 송부에 따르는 송금수수료 및 우편요금)는 한국 국민연금공단이 부담하고 그 이외의 송금비용은 수급권자 본인이 부담하게 됩니다. 다만, 수급권자의 계좌불명 등 본인의 과실에 의한 송금수수료 및 국제전신료(또는 송금수표 송부에 따르는 송금수수료 및 우편요금)는 수급권자 본인이 부담하게 됩니다./
In the case of overseas remittance, the payment will be made primarily by telegraphic transfer. If the beneficiary wishes, the payment may also be made by cheque. Of the overseas remittance expenses such as remittance fees, international cable charges and fees charged by foreign banks, the Korean National Pension Service will cover the remittance fees and international cable charges related to telegraphic transfer (or the remittance fees and postal charges related to the sending of cheques), and the beneficiary himself or herself will cover the remittance expenses other than these. Furthermore, the beneficiary himself or herself will cover the remittance fees and international cable charges (or the remittance fees and postal charges related to the sending of cheques) that are due to the beneficiary's fault such as failure to identify his or her account.
3. 급여를 해외송금 할 경우 급여액은 고시통화 중에서 수급권자가 지정한 화폐 또는 US 달러로 지급하되 그 당시 환율(전신환매도율)에 의하여 지급합니다./
The benefit will be paid in a currency chosen by the beneficiary from among the currencies listed or in USD. The conversion rate will be the direct deposit selling rate for the day on which the payment is made.

H. 급여유형별 첨부서류/

DOCUMENTS TO BE SUBMITTED BY TYPE OF BENEFIT

청구인은 서류 원본 또는 확인된 사본을 제출해야 합니다./

An applicant must submit the original documents or certified true copies of the original documents.

<p>① 공통서류/ Documents for all benefits</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 청구인의 신분증명: 한국 주민등록증/외국인등록증 및 여권/ Proof of the applicant's identity: the Korean resident registration card, alien registration card and passport -수급권자의 은행계좌 증빙서류: 수급권자 본인의 은행통장 사본 등/ Proof of the beneficiary's bank account: a copy of the beneficiary's own bankbook, etc./ -대리청구의 경우: 대리권한에 관한 증빙서류, 수급권자 본인의 신분증 사본 등/ In the case of an application by an agent: Proof of authority to act as an agent, a copy of an ID card of the beneficiary, etc.
<p>② 연금공통 (일시금제외)/ Documents for all benefits except lump sum/</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 청구인의 거주지를 증명할 수 있는 서류: 대한민국 내 거주 시에는 주민등록등본 또는 외국인등록사실 증명원 등, 국외거주 시에는 해당국의 거주사실 증명/ A document proving the residence of the applicant(s): residing in Korea, a certificate of resident registration or a certificate of alien registration. Residing outside of Korea, proof of residence in that country.
<p>③ 노령연금/ Old Age Pension only</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 혼인관계증명서/ Certificate of Marriage - 가입자에 의한 피부양자 증빙서류/ Evidence of the insured's support of dependents <p>가. 가입자의 배우자와 자녀의 경우, 주민등록등본 또는 외국인등록사실증명원, 가족관계증명서, 사실혼 증명, 출생증명서 또는 세례증명서, 19 세 초과 피부양 중증장애자녀의 경우 장애증명/</p> <p>a. For the insured's spouse and children, a certificate of resident registration or alien registration, a family register, proof of a common-law relationship, a birth or baptismal certificate, or a proof of disability for severely disabled children over the age of 19</p> <p>나. 가입자의 배우자와 자녀 이외의 경우,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 가입자와 피부양자가 동거하면 주민등록등본 또는 외국인등록사실증명원, 가족관계증명서, 또는 한국법령에서 정한 특정 연령 미만 피부양 중증 장애 부모의 경우 장애증명 2) 가입자와 피부양자가 동거하지 않으면, 1)에 규정된 서식 및 생계유지 증빙/ <p>b. For the insured's dependents other than his/her spouse and children,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) in cases where the insured and dependents live together, a Korean certificate of resident registration or alien registration, a family register, or proof of disability for severely disabled parents less than a certain age prescribed by the Korean legislation, and 2) in cases that the insured and dependents do not live together, documents specified in 1) as well as proof of the insured's livelihood support

<p>④분할연금/ Divided Pension only</p>	<p>- 혼인관계증명서*/ Certificate of marriage</p> <p>* 청구인이 노령연금 수급권자와 이혼하였거나 배우자였음을 증명할 수 있는 서류/ Proof that the applicant has divorced the beneficiary of Old Age Pension or had been the spouse of the beneficiary of Old Age Pension.</p>
<p>⑤장애연금/ Disability Pension only</p>	<p>- 가입자의 장애인단서(KOR-PHI 2A)/ Medical report concerning the insured's disability (KOR-PHI 2A)</p> <p>- 가입자에 의한 피부양자 증빙서류: ③번 란에 명시된 것과 동일/ Evidence of the insured's support of dependents: Equal to the documentation indicated in item '③'</p>
<p>⑥유족연금/ Survivor Pension only</p>	<p>- (사망한) 가입자의 신분증명: 한국 주민등록증, 외국인등록증 또는 여권 등/ Proof of the (deceased) insured's identity: a Korean residence registration card, an alien registration card or a passport, etc.</p> <p>- 사망증명서/ Death certificate</p> <p>- 혼인관계증명서 또는 사실혼 증명/ Certificate of Marriage or proof of a common-law relationship</p> <p>- 가입자와 수급자에 의한 피부양자 증빙서류/ Evidence of dependents supported by the insured and the beneficiary</p> <p>가. 가입자의 배우자와 자녀의 경우, 주민등록등본 또는 외국인등록사실증명서, 가족관계증명서, 출생증명서 또는 세례증명서, 19 세 초과 피부양 중증장애 자녀의 경우 장애증명/ a. For the insured's spouse and children, Certificate of resident registration or alien registration, family register, birth or baptismal certificate, or proof of disability for severely disabled children over 19 years of age</p> <p>나. 가입자의 배우자와 자녀 이외의 경우, 주민등록등본 또는 외국인등록사실증명서, 가족관계증명서, 한국법령에서 정한 특정 연령 미만 피부양 중증장애 부모의 경우 장애증명(비동거시 수급자에 의한 생계유지 증빙서류)/ b. For the insured's dependents other than his/her spouse and children, Certificate of resident registration or alien registration, family register, or proof of disability for severely disabled parents less than a certain age prescribed by the Korean legislation (in case that the beneficiary and the dependents do not live together, proof of livelihood support by the beneficiary is necessary)</p> <p>- 귀하가 동순위 수급권자의 대표자로 선정된 경우 다른 동순위 수급권자의 신분증 사본/ If you have been designated as the representative of the other beneficiaries of equal standing, a copy of an ID card for each beneficiary</p>
<p>⑦일시금/ Lump Sum Only</p>	<p>- 가입자 사망의 경우: 유족연금 제출서류와 동일/ In the case of the death of the contributor: equal to the documentation for the Survivor Pension</p> <p>- 가입자의 국적증명: 여권 등/ Proof of nationality of the contributor : passport, etc.</p> <p>- 국외이주의 경우: 영구 출국사실을 증명할 수 있는 서류(예: 비행기 티켓 또는 출입국사실증명)/ In the case of emigration from Korea: a document proving permanent departure from Korea (examples: airline ticket, proof of entering and leaving Korea, etc.)</p>

I. 청구인의 서명란/ TO BE SIGNED BY THE APPLICANT

본인은 한국 국민연금법의 규정에 따라 위와 같이 급여를 청구하며 본 청구서에 기재된 정보가 사실임을 확인합니다. 본인은 허위 또는 불법적인 방법으로 한국의 국민연금 급여를 지급 받은 자는 한국 국민연금법에 따라 그 수급권이 없는 지급금액을 반환하여야 할 뿐만 아니라 한국 국민연금법에 따라 처벌 받을 수 있다는 것을 알고 있습니다.

또한 본인은 해외송금을 신청함에 있어 한국 국민연금공단에서 정한 해외송금규정을 숙지하고 그 내용에 따를 것을 확인합니다.

본인은 본 급여청구서와 관련되거나 관련될 수 있는 모든 정보와 증거를 필리핀의 권한 있는 실무기관에 제공하도록 한국 국민연금공단에 위임하며, 또한 본 급여청구서와 관련되거나 관련될 수 있는 모든 정보와 증거를 한국 국민연금공단에 제공하도록 필리핀의 권한 있는 실무기관에 위임합니다.

I hereby apply for the benefits indicated above under the provisions of the Korean National Pension Act. I declare that the information given in this application is true. I know that anyone who receives Korean National Pension benefits in a false or illegal way may be punished under the Korean National Pension Act, in addition to having to repay the Korean benefits for which there is no entitlement.

I hereby declare, in applying for an overseas remittance, that I understand the General Terms and Conditions of Overseas Remittance established by the Korean National Pension Service and promise to abide by them.

I authorize the Korean National Pension Service to furnish to the Competent Institution of Philippines all of the information and evidence in its possession that relates or could relate to this application for benefits. I also authorize the Competent Institution of Philippines to furnish to the Korean National Pension Service all of the information and evidence in its possession that relates or could relate to this application for benefits.

청구일/ Date of application

청구인 서명/ Signature of applicant

월/MM 일/DD 년/YYYY

★ 급여 청구서 작성시 참고사항/ REFERENCE FOR FILLING OUT THE APPLICATION

1) 법정지급연령 및 국민연금 수급연령(2013 년부터 적용) /
The statutory age of payment and pensionable age (as of 2013)

출생연도/ Year of birth/	1953~1956	1957~1960	1961~1964	1965~1968	After 1969
노령연금/ Old Age Pension/	Age of 61	Age of 62	Age of 63	Age of 64	Age of 65
(조기)노령연금/ Early Old-age Pension	Age of 56	Age of 57	Age of 58	Age of 59	Age of 60

2) 법정지급연령에 5 세를 더한 연령 (2013 년부터 적용) /
The statutory age of payment plus 5 years (as of 2013)

출생연도/ Year of birth	1953~1956	1957~1960	1961~1964	1965~1968	After 1969
법정지급연령에 5 세를 더한 연령/ The statutory age of payment plus 5 years	Age of 66	Age of 67	Age of 68	Age of 69	Age of 70

3) 동순위 수급권자 / Beneficiaries of equal standing

- [유족연금]** 유족연금은 일정요건을 모두 갖춘 배우자, 자녀, 부모, 손자녀, 조부모의 순서 중 최우선 순위자에게 지급하며, 유족연금을 청구할 수 있는 동순위 사람이 2 명 이상인 경우 유족연금을 각각 균분하여 지급/
[Survivors' pension] The survivor's pension is paid to the highest priority among spouses, children, parents, grandchildren, and grandparents who meet all certain requirements, and if there are two or more people of the same rank who can claim the survivor's pension, the survivors' pension is paid in equal parts.
- [반환일시금]** 가입자 사망에 의한 반환일시금은 일정요건을 모두 갖춘 배우자, 자녀, 부모, 손자녀, 조부모의 순서 중 최우선 순위자에게 지급하며, 반환일시금을 청구할 수 있는 동순위의 사람이 2 명 이상인 경우 반환일시금을 각각 균분하여 지급/
[Lump sum refund] The lump sum refund due to the death shall be paid to the highest priority among spouses, children, parents, grandchildren, and grandparents who meet all certain requirements, and if there are two or more people of the same rank who can claim the lump sum refund, the lump sum refund will be paid in equal parts.
- [사망일시금]** 가입자 사망에 의해 유족연금 또는 반환일시금을 지급받을 사람이 없는 경우 그 외의 유족에게 사망일시금을 지급함. 사망일시금은 일정요건을 모두 갖춘 배우자, 자녀, 부모, 손자녀, 조부모, 형제자매, 4촌 이내의 방계혈족 중 선순위자에게 지급하며, 사망일시금을 청구할 수 있는 동순위의 사람이 2명 이상인 경우 사망일시금을 각각 균분하여 지급
[Lump sum death] If there is no one to receive the survivor's pension or lump sum refund due to the death of the insured, the lump sum death payment is paid to other survivors. The lump sum death payment shall be paid to spouses, children, parents, grandchildren, grandparents, siblings, and collateral relatives within first cousin who meet all certain requirements, and if there are two or more people of the same rank who can claim the lump sum of death, the lump sum of death will be paid in equal parts.