PHI/KOR 3

AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN
THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES
AND THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF KOREA
필리핀공화국 정부와 대한민국 정부 간의 사회보장에 관한 협정

LIAISON FORM
연 락 서 식

To / 받는 기관	**From /보내는 기관**
National Pension Service Center for International Affairs 180, Giji-ro, Deokjin-gu, Jeonju-si, Jeonbuk State Republic of Korea	☐ **Social Security System** 3rd Flr. SSS Main Bldg. East Avenue, Diliman, Quezon City ☐ **Government Service Insurance System** Financial Center, Roxas Blvd., Pasay City, Metro Manila

PART A. INFORMATION ABOUT THE INSURED /가입자에 관한 정보

1. Surname /성, Given name /이름 Middle name /중간 이름	2. Date of birth (MM/DD/YYYY) /생년월일	
3. Address /주소	4. Place of birth /출생지	5. Sex /성별 ☐ Male /남 ☐ Female /여
6. ☐ SSS Number / SSS 번호 ☐ GSIS BP Number / GSIS BP 번호	7. Korean Resident(Alien) Registration Number 한국 주민(외국인)등록번호	

PART B. INFORMATION ABOUT THE APPLICANT /청구인에 관한 정보

To be completed only if different from the insured /가입자와 다른 경우에만 작성

1. Surname /성, Given name /이름 Middle name /중간 이름	2. Date of birth (MM/DD/YYYY) /생년월일	
3. Address /주소	4. Place of birth /출생지	5. Sex /성별 ☐ Male /남 ☐ Female /여
6. ☐ SSS Number / SSS 번호 ☐ GSIS BP Number / GSIS BP 번호	7. Korean Resident(Alien) Registration Number 한국 주민(외국인)등록번호	

8. If the insured is deceased /가입자가 사망한 경우		9. Relationship to the insured 가입자와의 관계
a) Date of death (MM/DD/YYYY)/사망일	b) Place of death /사망장소	

10. If the applicant is the spouse of the insured /청구인이 가입자의 배우자인 경우	
a) Type of marriage /결혼유형 ☐ Legal /법률혼 ☐ Common-law /사실혼	b) Date of marriage (MM/DD/YY) /결혼일

PART C. INFORMATION PROVIDED BY PHILIPPINES /필리핀이 제공한 정보

1. ☐ Date of application for a benefit (MM/DD/YYYY) /급여 청구일
2. ☐ Periods of coverage /가입기간
3. ☐ Documentation enclosed /첨부서류
4. ☐ Other (specify) /기타(상술하시오)

_____

_____

_____

PART D. INFORMATION REQUESTED TO KOREA / 한국에 요청하는 정보

1. ☐ Korean periods of coverage /한국 가입기간
2. ☐ Medical evidence on file /의료증빙
3. ☐ Medical examination required(detailed attached) /의료검진(세부사항 첨부)
4. ☐ Other (specify) /기타(상술하시오)

_____

_____

_____

PART E. SIGNATURE OF AUTHORIZED OFFICER /담당 서명

Date /날짜	Name /성명	Stamp /직인
MM/월 DD/일 YYYY/년		

PART F. CERTIFICATE OF PERIODS OF COVERAGE /가입기간 증명서

☐ SSS Number / SSS 번호 ☐ GSIS BP Number / GSIS BP 번호

Period /기간				Number of Months /개월 수	*Type of Coverage /가입 유형
From /부터		To/까지			
Month/월	Year/년	Month/월	Year/년		
Total (Months) /총계(월)					

*Indicate type of periods of coverage, either Compulsory, Voluntary or Deemed Paid Contributions.
의무적, 자발적 또는 간주 납부기간 유형을 나타냅니다.