



결재	담당	책임자

■ 공제계약 및 인적사항

공제종목			공 제 번 호		
피공제자	성 명	주 민 번 호	직 장 명	구체적으로 하는일	연 락 처
타보험사(공제) 가입사항	있음 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/>	보험(공제)회사	보험(공제)종목		

주) 만일 사실과 다르게 기재하실 경우 약관에 의거하여 불이익을 받을 수 있습니다.

■ 사고사항

사고(발생)일시	20 년 월 일(:)	사고원인	사고장소	
사고경위 (내원경위)				
병원명(진료과)	(과)	진단명	질병사인코드	
교통 사고	운 전 여 부	운전중 <input type="checkbox"/> (운전차량번호:) 탑승중 <input type="checkbox"/> 보행중 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/>	경찰서 신고여부	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>
	보 험 처 리 회 사	처리회사:	담당자:	연락처:

■ 위임장 (공제금 수령권을 수령인이 타인에게 위임하시는 경우에만 작성)

위 공제사고에 따른 공제금 청구 및 수령 행위 일체를 아래의 사람에게 위임합니다.
(위임하시는 분의 인감을 날인해 주시고 인감증명서를 첨부해 주시기 바랍니다.)

위임하는 분	성명 : (인)	주민번호	위임하는 분과의 관계 : 위임하는 분의 ()
위임받는 분	성명 : (서명/인)	주민번호	

■ 공제계약 우편물 수령주소 및 연락처 변경여부(계약자가 수령인인 경우에만 작성)

변경 <input type="checkbox"/>	변경된	변경된
기준과 동일 <input type="checkbox"/>	주소	연락처

■ 공제금 지급받을 계좌

■ 정기금(연금) 일시지급 여부: 예 아니오

금융기관명	계좌번호	예금주
-------	------	-----

※ 상기 사고로 인한 모든 공제금을 청구하며, 위 내용과 관련하여 허위나 잘못이 있을 경우 공제금 청구권을 상실하게 됨은 물론 모든 법적 책임을 질것을 확인하며, 만약 공제금 수령 후에 해당 공제약관 또는 제규정상 보상하지 않는 손해에 해당할 경우에는 지급받은 공제금 일체를 반환하겠습니다.

청구일 : 20 년 월 일

공제금수령인(위임자)	(서명)	주민등록번호
법정대리인 1인이 청구하는 경우	(서명)	부 (서명)
		모 (서명)
본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다.		
연락처 / 핸드폰번호	관 계	피공제자의 ()
주 소	SMS 수신여부	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>

*계약자가 우편물 수령주소 변경 신청하는 경우
금고접수자는 통합화면 "041118"에서 변경처리
요함

금고명	새마을금고 / 전화 :) -
담당자	직위: 성명: