

보험료납입증명서
[]보장성보험 []장애인전용보장성보험

계약자	① 성 명	② 주 민 등 록 번 호 (납 세 번 호)	
	③ 주 소		
피보험자	④ 성 명	⑤ 주 민 등 록 번 호	⑥계약자와 관계
납입자	⑦ 성 명	⑧ 주 민 등 록 번 호 (납 세 번 호)	
	⑨ 납부방법 자동이체, 카드 등		
⑩ 보 험 증 류		⑪ 증 권 번 호	⑫ 계 약 기 간 년 월 일부터 년 월 일까지
()년 도 보 험 료 납 입 현 황			
⑬ 월 별	⑭ 납입일자	⑮ 납 입 보 험 료	⑯ 비 고
1			7
2			8
3			9
4			10
5			11
6			12
⑰ 연 간 합 계 액		사 용 목 적	보 험 료 공 제 신 청 용

「소득세법 시행령」 제113조제1항에 따라 위와 같이 보험료를 납입하였음을 증명하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

신청인
(서명 또는 인)

귀하

위와 같이 보험료를 납입하였음을 증명합니다.

년 월 일

보험자
(서명 또는 인)

작 성 방 법

- 1. 납입자란은 보험 계약자와 보험료 납입자가 다른 것으로 확인된 경우에 적습니다.
- 2. 해당 연도 중도에 납입자, 계약자 등이 변경된 경우에는 별지로 작성하여야 합니다.
- 3. 피보험자란은 주피보험자를 기준으로 작성하며, 주피보험자가 2명 이상인 경우에는 별지로 작성하되, 이 경우 보험료 납입료는 보험 계약에 의해 피보험자별로 구분하여 적습니다.

[별지 제42호서식(2)]

보험료납입증명서(단체보험)																		
①상 호					②사업자등록번호					-					-			
③성 명					④주민등록번호										-			
⑤주 소																		
⑥사업장소재지																		
⑦보 험 료 종 류					⑧ 계 약 기 간	년 월 일부터 년 월 일까지												
보험계약자별보험료납입현황																		
⑨ 보험계약자	⑩주 민 등 록 번 호										⑪증 권 번 호	⑫()년 납입보험료	⑬비 고					
⑭합 계							-											
⑮							-											
⑯							-											
⑰							-											
⑱							-											
㉑							-											
㉒							-											
㉓							-											
사 용 목 적	보험료공제 신청용																	
소득세법시행령 제113조제1항의 규정에 의하여 보험계약자인 근로자가 위와 같이 보험료를 납입하였음을 증명하여 주시기 바랍니다. 년 월 일 신청인 (서명 또는 인)																		
위와 같이 보험료를 납입하였음을 증명합니다. 년 월 일 보험자 (서명 또는 인)																		
※ 보험계약자별 보험료납입현황란이 부족한 때에는 별지로 작성합니다.																		

22226-63422일

95.3.14 승인

210mm×297mm

(신문용지 54g/m²)