

[별지 제2호 서식]

보험료 지급신청서

소속공관 :			
직 위 :		성명 :	부임일자 :
1. 동반가족	관계 성명	생 년 월 일	주재국 도착일자
2. 가입보험	보 험 회 사 명		
	가 입 일 자		
	신 청 액		
	산 출 근 거		
	해 당 기 간		
	계 약 조 건		
위와 같이 의료보험료의 지급을 신청합니다. 년 월 일 신청인 성명 (인)			
위의 사실을 확인합니다. 년 월 일 공관장 성명 (관인)			
외 교 부 장 관 귀하			

- 첨부서류 : 1. 보험약관 및 보험가입계약서 사본(계약조건의 변경시를 제외하고는 최초 가입 시에 한하여 첨부함)
2. 보험료 납입영수증