

보험료납입증명서

[]보장성보험 []장애인전용보장성보험

계약자	① 성 명	② 주민등록번호 (납세번호)	
	③ 주 소		
피보험자	④ 성 명	⑤ 주민등록번호	⑥ 계약자와 관계
	⑦ 성 명		
납입자	⑧ 주민등록번호 (납세번호)		
	⑨ 납부방법 자동이체, 카드 등		
⑩ 보 험 종 류		⑪ 증 권 번 호	⑫ 계 약 기 간
			년 월 일부터 년 월 일까지
()년도 보험료 납입현황			
⑬ 월별	⑭ 납입일자	⑮ 납입보험료	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)

작성 방법

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.

