

○○○○검찰청				
(전화번호)				
. . .				
수 신	보증보험주식회사 대표이사		발 신	검찰청
제 목	적부심보증보험금 지급청구		검 사	인
아래 적부심보증보험금에 대하여 . . . 법원으로부터				
몰수결정이 있었으므로 보험금의 지급을 청구합니다.				
증 권 번 호	제 호			
보 험 계 약 자		피 보 험 자		
석 방	사 건 번 호	사 건 명		
허 가	피 의 자	(주민등록번호)		
	적부심보증보험금	원		
내 용				
붙 임	: 1. 적부심보증보험증권 사본 1부			
	2. 적부심보증보험금 몰수결정서 사본 1부			

210mm×297mm

(신문용지 54g/m²)