

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
납입자	⑦ 성 명	⑧ 주 민 등 록 번 호 (납 세 번 호)
	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
()년 도 보 험 료 납입현황		
⑬ 월별	⑭ 납입일자	⑮ 납입보혐료
1		
2		
3		
4		
5		
6		
⑯ 월별	⑰ 납입일자	⑱ 납입보혐료
7		
8		
9		
10		
11		
12		
⑳ 연 간 합 계 액		㉑ 보 험 료 공 제 신 청 용

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

이
의
의

신청인

(서명 또는 인)

귀하

위와 같이 보험료를 납입하였음을 증명합니다.

이
제
도

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.

[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

210mm×297mm

95.3.14 승인

(신문용지 54g/m²)