

천원의 행복 상호부조금 청구서

1. 계약 및 인적사항

종 목	천원의 행복	성 명		주민번호	
자택주소				전화번호	
센 터 명	서울광진지역자활	조 합 명	푸른사회적협동조합	핸 드 폰	
의료급여 종류		☐ 의료급여 수급자 ☐ 의료급여 비수급자			

2. 청구사유 및 알릴 내용

청구사유 (알릴내용, 아래 “작성 예” 참고)	☐ 입원의료비 ☐ 진료비 ☐ 후유장해 ☐ 진단비
작성 예	상해(재해)인 경우 : 2009년00월 00일 00시경 출근길에 지하철역 계단을 내려가다 발을 헛디더 넘어지면서 손을 짚었는데 이로 인해 손목뼈가 골절됨
	질병인 경우 : 2009년 00월 00일부터 복통이 있어 약국에서 약을 구입하여 복용하였는데, 호전되지 않아 병원에 갔더니 맹장이 터져 복막염이 되었다고 하여 입원치료 받음
※ 상기 작성 예와 같이 청구사유를 상세하게 기재하여 주시기 바랍니다.	

상호부조금 수령 계좌	▶ 예금주는 반드시 가입자이며 실명계좌여야 합니다. 단 상호부조금 수령 위임 시 위임자가 예금주여야 합니다.				
은 행 명		계좌번호		예금주	

개인정보의 제공 및 활용 동의서	
다음은 “신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률” 제23조 및 제24조의 규정에 따라 타인에게 제공,활용시 본인의 동의를 얻어야 하는 정보입니다. 그의 대리인에게 제공 및 활용하는데 동의하며, 추후 정보제공 기관에 대하여 어떠한 경우에도 민/형사상의 이의를 제기하지 않을 것을 약속합니다.	
동의서 사용기관	병원(한의원,약국 포함)등 각종 의료기관 / 국민건강보험공단 / 기타 상호부조금 지급에 필요한 기관 및 단체, 개인등
사 용 용 도	상호부조사업 천원의 행복 조합원 관리
2025년 월 일 동의자 본인 (서명) (주민번호:)	

위임장

피공제자	성 명	(인)	주민등록번호	
	주 소			
수임자	성 명		주민등록번호	
상호부조금 지급관련 계약사항				
보 험 종 목		계 약 자		
천원의 행복		자활공제협동조합 연합회		
※ 수임자 인감증명서 첨부 및 인감도장을 날인하여 주시기 바랍니다.				

상기에 기재된 천원의행복 상호부조료 계약과 관련한 계약자의 사고에 따른 상호부조금의 수령권한 일체를 위 위임자에게 위임할 것을 확인합니다.

년 월 일

위임자	성명	(인)	주민등록번호

※ 위임자의
인감증명서 첨부
및 인감도장을
날인하여 주시기
바랍니다.