

분할연금·일시금 신청구 취소신청서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일시	처리기간	30일
신청인	성명	주민등록번호	
	주소		
	자택 전화번호	휴대전화번호	휴대전화 문자 수신 여부 [] 에 [] 아니요
군인 또는 군인이었던 사람	성명	주민등록번호	
	군·계급	군번	
안내사항	※ 아래 안내사항을 읽고 []에 "√" 표시를 하십시오. 분할연금·일시금 신청구를 취소하면 다시 신청구를 할 수 없으며, 향후 분할연금·일시금 지급 사유가 발생하는 경우에 청구할 수 있음을 확인합니다. []		

「군인 재해보상법」 제32조제6항에 따라 분할연금·일시금 신청구의 취소를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

국군재정관리단장 귀하

첨부서류	1. 신청인의 신분증 사본 1부(신분증은 주민등록증 등 공공기관이 발행한 것으로서 본인 확인이 가능한 신분증이어야 합니다.) 2. 사망의 경우 사망한 사람의 기본증명서(사망 등재 후) 또는 사망진단서 1부 ※ 신청인의 휴대전화번호는 원하지 않으면 적지 않을 수 있으나, 자택 전화번호가 없는 경우에는 반드시 적으십시오.	수수료 없음
------	--	-----------

처리절차

