

**ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND DER
REPUBLIK KOREA ÜBER SOZIALE SICHERHEIT**
오스트리아공화국과 대한민국 간 사회보장협정

**BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANWENDUNG DER ÖSTERREICHISCHEN
RECHTSVORSCHRIFTEN**
오스트리아법령 적용을 위한 가입증명서 (1)

Abkommen: Art. 7 und 9
협정: 제 7 조, 제 9 조

Durchführungsvereinbarung: Art. 4
행정약정: 제 4 조

Koreanische Pensionsversicherungsnummer
한국 국민연금번호

Österreichische Versicherungsnummer
오스트리아보험번호

						-							
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.
National Pension Service International Service Center 22 nd Fl., Kukdong Bldg. 60-1 Chungmuro 3-ga, Jung-gu, Seoul, 100-705 Korea

2.	Versicherte(r)									
	가입자									
2.1	Familiename(n) 성	Vorname(n) 이름								
								
2.2	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr) 출생일(일, 월, 연)	Geburtsname 출생 시 이름								
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
2.3	Adresse in Österreich ⁽²⁾ 오스트리아 주소									
									

3.	Dienstgeber in Österreich	
	오스트리아 사용자	
3.1	Name oder Firmenname 사업장 명칭	
	
3.2	Adresse ⁽²⁾ 주소	
	

4.	Entsendung	<input type="checkbox"/>	Art. 7	Ausnahmevereinbarung	<input type="checkbox"/>	Art. 9	⁽³⁾
	파견		제 7 조	예외합의		제 9 조	
4.1	Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit 1 항목에 기재된 자가 2 항목에 언급된 사용자에게 의해 아래 기간 동안						
	vom			bis			
	부터			까지			
	von dem unter Punkt 2 angeführten Dienstgeber in folgendes Unternehmen entsendet: 다음 사업장으로 파견된 예정입니다.						
4.2	Name oder Firmenname in Korea 한국사업장 명칭						
						

4.3	Adresse ⁽²⁾ 주소				
4.4	Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben angeführten Zeitraumes die österreichischen Rechtsvorschriften . 상기 근로자가 앞서 언급한 기간동안 오스트리아 법령이 적용됨을 확인합니다.				
4.5	In Fällen einer Ausnahmevereinbarung nach Art. 9 des Abkommens auszufüllen: 협정 제 9 조에 따른 적용제의 합의가 이뤄진 경우:				
4.5.1	<table border="0"> <tr> <td>Zuständige Behörde in Österreich: 오스트리아 권한 있는 당국: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Stubenring 1 1010 Wien ÖSTERREICH</td> <td>Zuständiger Träger in Korea: 대한민국 권한 있는 당국: National Pension Service International Relations Department 7-16 Shincheon-dong, Songpa-gu Seoul, 138-725 Korea</td> </tr> <tr> <td>Aktenzahl 관련 문서번호</td> <td>Aktenzahl 관련 문서번호</td> </tr> </table>	Zuständige Behörde in Österreich: 오스트리아 권한 있는 당국: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Stubenring 1 1010 Wien ÖSTERREICH	Zuständiger Träger in Korea: 대한민국 권한 있는 당국: National Pension Service International Relations Department 7-16 Shincheon-dong, Songpa-gu Seoul, 138-725 Korea	Aktenzahl 관련 문서번호	Aktenzahl 관련 문서번호
Zuständige Behörde in Österreich: 오스트리아 권한 있는 당국: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Stubenring 1 1010 Wien ÖSTERREICH	Zuständiger Träger in Korea: 대한민국 권한 있는 당국: National Pension Service International Relations Department 7-16 Shincheon-dong, Songpa-gu Seoul, 138-725 Korea				
Aktenzahl 관련 문서번호	Aktenzahl 관련 문서번호				

5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger 오스트리아 권한 있는 질병보험기관															
5.1	Name 성명														
5.2	Adresse ⁽²⁾ 주소														
5.3	<table border="0"> <tr> <td>Stempel 직인</td> <td>Datum (Tag, Monat, Jahr) 일자 (일, 월, 연)</td> <td>Unterschrift 서명</td> </tr> <tr> <td></td> <td> <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </td> <td>.....</td> </tr> </table>	Stempel 직인	Datum (Tag, Monat, Jahr) 일자 (일, 월, 연)	Unterschrift 서명		<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
Stempel 직인	Datum (Tag, Monat, Jahr) 일자 (일, 월, 연)	Unterschrift 서명													
	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													

Hinweise

주해

- (1) Das Formular ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und anschließend der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen.
동 서식은 오스트리아 질병보험기관이 작성하고 오스트리아 사회보험기관연합에서 확인하며 이후 가입자 또는 사용자에게 전달됩니다.
- (2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat
우편번호, 도리, 거리, 번지, 국가.
- (3) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.
해당 사항에 기재.

Wichtige Hinweise für die/den Versicherte(n)

가입자 중요 공지사항

Bei einem Arbeitsunfall sind unbedingt der zuständige österreichische Krankenversicherungsträger und der Dienstgeber zu verständigen.

산업재해 발생시 오스트리아 질병보험기관과 사용자에게 통보해야 합니다.