

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 적용제외 합의가 이뤄진 경우:	
4.5.1	Zuständige Behörde in Österreich: 오스트리아 권한 있는 당국: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Stubenring 1 1010 Wien ÖSTERREICH Aktenzahl 관련 문서번호	Zuständiger Träger in Korea: 실무기관: Center for International Affairs, National Pension Service 22 nd Fl., 173 Toegyero, Jung-gu Seoul 04554, Republic of Korea Aktenzahl 관련 문서번호

5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger 오스트리아 권한 있는 질병보험기관		
5.1	Name 성명	
5.2	Adresse ⁽²⁾ 주소	
5.3	Stempel 직인	Unterschrift 서명
	Datum (Tag, Monat, Jahr) 일자 (일, 월, 연)

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.