

전자고지 서비스 신규·변경·철회 신청서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 "√"표를 합니다.

(앞쪽)

| 접수번호 | | 접수일 | | 처리기간 | | 3일 | |
|--|------------------------------------|--|---|--------------------------------|--------|------------------------|--|
| 사업장가입자 (직장가입자) 보험료 [] 신규 [] 변경 [] 해지 | 사업장 | 사업장관리번호 | | 단위사업장기호(또는 회계코드) | | 차수 | |
| | | 명칭 | | 사업자등록번호 | 사용자 성명 | | |
| | | 주소 | | | | | |
| | | 연락처 | | (휴대전화번호) | | 전자우편주소 | |
| | 신청보험 | [] 전체 [] 건강보험 [] 국민연금 [] 고용보험 [] 산재보험 | | | | | |
| | 고지방법 | [] 전자우편 [] 휴대전화 [] 전자문서교환시스템 [] 인터넷홈페이지(사회보험통합정보포털) | | | | | |
| | | | 수신처 (전자우편주소, 휴대전화번호 또는 아이디 등) | | | | |
| 수신자 | 성명 주민등록번호 | | | | | | |
| 지역가입자 등 보험료 [√] 신규 [] 변경 [] 해지 | 가입자 | 성명(Name) | | 외국인등록번호(residence card number) | | | |
| | | 주소 | | | | | |
| | | 연락처 | | 휴대전화번호(Cellphone) | | 전자우편주소(E-mail address) | |
| | 신청보험 | [] 전체 [√] 건강보험 [] 국민연금 | | | | | |
| | 고지방법 | [] 전자우편(E-mail) [] 휴대전화(Cellphone) | | | | | |
| | | | 수신처 (전자우편주소, 휴대전화번호) (E-mail address) Cellphone No. | | | | |
| | 수신자 | 성명Name) | | 외국인등록번호(Residence Card Number) | | | |

위와 같이 전자고지 서비스 이용을 신청(변경 또는 철회)합니다.

신청일(Application date)

년(Year)

월 (Month)

일(Day)

신청인(Applicant)

(서명 signature)

국민건강보험공단 ○○지사장 귀하