|  |
| --- |
|  ■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제29호서식] <개정 2015.12.31.> |
| **전자고지 서비스 신규ㆍ변경ㆍ철회 신청서- SAMPLE** |
|  ※ 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(사회보험통합징수포털) |
| 수신처(전자우편주소, 휴대전화번호또는 아이디 등) |  |
| 수신자 | 성명 | 주민등록번호 |
|  |
| 지역가입자 등 보험료[**√**]신규[ ]변경[ ]해지 | 가입자 | 성명 **김 돌 봄** | 주민등록번호  **810101ㅡ1000000** |
| 주소 **강원도 원주시 건강로 32** |
| 연락처 (휴대전화번호)**033ㅡ000ㅡ0000** **010ㅡ0000ㅡ0000** | 전자우편주소**abcd@care.com** |
| 신청보험 | [**√**] 전체 [ ] 건강보험 [ ] 국민연금 |
| 고지방법 | [**√**] 전자우편 [ ] 휴대전화 [ ] 인터넷홈페이지(사회보험통합징수포털) |
| 수신처(전자우편주소, 휴대전화번호,아이디 등) | **abcd@care.com** |
| 수신자 | 성명 **김 돌 봄**  | 주민등록번호 **810101ㅡ1000000** |
|  |
|  위와 같이 전자고지 서비스 이용을 신청(변경 또는 철회)합니다. |
| **2018**  년  **5** 월 **18** 일 |
| 신청인(대표자) | **김 돌 봄**  (서명 또는 인) |
| 국민건강보험공단 ○○지사장 귀하 |
| 210㎜× 297㎜[백상지 80g/㎡] |
|   |

|  |
| --- |
|  ■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제29호서식] <개정 2015.12.31.> |
| **전자고지 서비스 신규ㆍ변경ㆍ철회 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(사회보험통합징수포털) |
| 수신처(전자우편주소, 휴대전화번호또는 아이디 등) |  |
| 수신자 | 성명 | 주민등록번호 |
|  |
| 지역가입자 등 보험료[**√**]신규[ ]변경[ ]해지 | 가입자 | 성명  | 주민등록번호  |
| 주소  |
| 연락처 (휴대전화번호)  | 전자우편주소 |
| 신청보험 | [**√**] 전체 [ ] 건강보험 [ ] 국민연금 |
| 고지방법 | [ ] 전자우편 [ ] 휴대전화 [ ] 인터넷홈페이지(사회보험통합징수포털) |
| 수신처(전자우편주소, 휴대전화번호,아이디 등) |  |
| 수신자 | 성명  | 주민등록번호 |
|  |
|  위와 같이 전자고지 서비스 이용을 신청(변경 또는 철회)합니다. |
|  년  월 일 |
| 신청인(대표자) |  (서명 또는 인) |
| 국민건강보험공단 종로지사장 귀하 |
| 210㎜× 297㎜[백상지 80g/㎡] |
|   |