|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■ 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, 휴대전화번호  또는 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, 휴대전화번호  또는 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/㎡] | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |