

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	사업장	사업장관리번호	단위사업장기호(또는 회계코드)	차수	
		명칭	사업자등록번호	사용자 성명	
		주소			
		연락처	(휴대전화번호)	전자우편주소	
	[] 신규 [] 변경 [] 해지	신청보험	<input type="checkbox"/> 전체 <input type="checkbox"/> 건강보험 <input type="checkbox"/> 국민연금 <input type="checkbox"/> 고용보험 <input type="checkbox"/> 산재보험		
	고지방법	<input type="checkbox"/> 전자우편 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 전자문서교환시스템 <input type="checkbox"/> 인터넷홈페이지(사회보험통합징수포털)			
	수신처 (전자우편주소, 휴대전화번호 또는 아이디 등)				
수신자	성명	주민등록번호			

지역가입자 등 보험료	가입자	성명(Name)	외국인등록번호(residence card number)		
		주소			
		연락처	휴대전화번호(Cellphone)	전자우편주소(E-mail address)	
	[√] 신규 [] 변경 [] 해지	신청보험	<input type="checkbox"/> 전체 [√] 건강보험 <input type="checkbox"/> 국민연금		
		고지방법	<input type="checkbox"/> 전자우편(E-mail) <input type="checkbox"/> 휴대전화(Cellphone)		
	수신처 (전자우편주소, 휴대전화번호) <small>(E-mail address) Cellphone No.</small>				
수신자	성명(Name)	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