

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(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 ○○지사장 귀하