|  |
| --- |
|  ■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제29호서식] <개정 2022. 10. 26.> |
| 전자고지 서비스 신규ㆍ변경ㆍ해지(철회) 신청서 |
| ※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 “√”표시를 합니다.  | (앞쪽) |
| 접수번호 |  | 접수일 |  |  |  | 처리기간  | 3일 |
|  |
| **사업장가입자(직장가입자) 보험료 [ ]신규 [ ]변경 [ ]해지** |
| 사업장 | 사업장관리번호 | 단위사업장기호(또는 회계코드) | 차수 |
| 명칭 | 사업자등록번호 | 사용자 성명 |
| 연락처(휴대전화번호) |
| 신청보험 | [ ]전체 [ ]건강보험 [ ]국민연금 [ ]고용보험 [ ]산재보험 |
| 고지방법 |  [ ] 전자우편(전자우편주소: ) |
|  [ ] 전자문서교환시스템(EDI)  |
|  [ ] 인터넷 홈페이지(사회보험통합징수포털) |
|  [ ] 휴대전화(휴대전화번호: ) |
|  [ ] 그 밖의 방법(공인전자문서중계자 등: ) |
| 수신자 | 성명 사용자와 관계 연락처 |
|  |
| **지역가입자 등 보험료 [**√**]신규 [ ]변경 [ ]해지** |
| 세대주 | 건강보험증번호(납부자번호) **외국인등록번호(ARC)** 세대주 성명 **성명** |
| 연락처(휴대전화번호) **010-** |
| 신청보험 | [ ]전체 [√]건강보험 [ ]국민연금 |
| 고지방법 |  [√] 전자우편(전자우편주소: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ ) |
|  [ ] 인터넷 홈페이지 |
|  [ ] 휴대전화(휴대전화번호: ) |
| [ ]그 밖의 방법(공인전자문서중계자 등: ) |
| 수신자 | 성명 **성명** 세대주와 관계 **본인** 연락처 **010-** |
|  |
|  「국민건강보험법 시행규칙」 제49조제1항에 따라 위와 같이 전자고지서비스 이용을 신청(변경 또는 해지)합니다. |
| 2025 년 월 일 |
| 신청인(대표자) |  (서명 또는 인) |
| **국민건강보험공단 ○○지사장** 귀하 |
| 210㎜× 297㎜[백상지 80g/㎡] |