

<SAMPLE> Just write down the information written in blue. (파란색으로 표기한 정보만 기재하셔도 됩니다)

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	
	신청보험	<input type="checkbox"/> 전체 <input type="checkbox"/> 건강보험 <input type="checkbox"/> 국민연금 <input type="checkbox"/> 고용보험 <input type="checkbox"/> 산재보험		
[]신규	고지방법	<input type="checkbox"/> 전자우편 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 전자문서교환시스템 <input type="checkbox"/> 인터넷홈페이지(사회보험통합징수포털)		
[]변경	수신처 (전자우편주소, 휴대전화번호 등)			
[]해지	수신자	성명	주민등록번호	

지역가입자등 보험료	가입자	성명 KIM SEOUL	주민등록번호 810101 - 10000000
		(Name)	(Alien Registration No.)
		주소	
	연락처	(Mobile) 010 - 000 - 0000	전자우편주소(email) abcd@care.com
	[V]신규(NEW)	신청보험	<input type="checkbox"/> 전체 <input type="checkbox"/> 건강보험 <input type="checkbox"/> 국민연금
[]변경	고지방법	<input type="checkbox"/> 전자우편 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 인터넷홈페이지(사회보험통합징수포털)	
[]해지	수신처 (전자우편주소, 휴대전화번호등)		
	수신자	성명	주민등록번호

위와 같이 전자고지 서비스 이용을 신청(변경 또는 철회)합니다.

2021 년 11 월 1 일

신청인(대표자)

KIM SEOUL

(Signature)

국민건강보험공단 ○○지사장 귀하