

Application Form for the Bill Delivery Service 고지서 송달지 신청서 <input type="checkbox"/> Register <input type="checkbox"/> Change <input type="checkbox"/> Cancel <input type="checkbox"/> Health Insurance <input type="checkbox"/> National Pension <input type="checkbox"/> Temporary employee insurance(Health) <input type="checkbox"/> Monthly Income (Health) <input type="checkbox"/> 건강보험 <input type="checkbox"/> 국민연금 <input type="checkbox"/> 임의계속(건강) <input type="checkbox"/> 소득월액(건강)				결재 Approva i	Person in Charge 담당	Team Head 팀장	Department Head 부장
<input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 변경 <input type="checkbox"/> 해지 <input type="checkbox"/> 임의결정 전결							
Payer 납부 의무자	Name 성명	Payer No. (Resident Registration No.) 납부자번호 (주민등록번호)					
	Address 주소						
	Phone No. 전화번호	Mobile 휴대폰	Home 자택	Work (Office) 회사(사무실)			
【 Description 】 【 신청 내용 】 ※ Only for applicants who register for or make changes to the service ※ (신규/변경) 신청자만 작성							
Type of Insurance 신청보험		Health Insurance (<input type="checkbox"/> Register <input type="checkbox"/> Change) / National Pension (<input type="checkbox"/> Register <input type="checkbox"/> Change) 건강보험(<input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 변경) / 국민연금(<input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 변경)					
Postal Address 송달지(주소)		Post Code () 우편번호()					
Reason for Changes 변경사유							
Type of Insurance 신청보험		Health Insurance (<input type="checkbox"/> Register <input type="checkbox"/> Change) / National Pension (<input type="checkbox"/> Register <input type="checkbox"/> Change) 건강보험(<input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 변경) / 국민연금(<input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 변경)					
Postal Address 송달지(주소)		Post Code () 우편번호()					
Reason for Changes 변경사유							
Please start send a bill to post address on written application. After submit. 위와 같이 고지서 송달지 등록을 신청하오니, 신청 이후 고지서를 송달지로 발송하여 주시기 바랍니다.							
Receptionist 접수인		※ Requested by Phone ※ 유선접수 - Applicant (Caller): - 신청자(통화자): - Date of Application: - 통화일시: 년 월 일 (시 분) - Receiver: [Position] [Name] (Signature) - 접수자: [직급] [성명] (서명 또는 인)					
【Agreement on the Collection and Use of Personal Information】 개인정보 수집 및 이용 등에 대한 동의 - Purpose for Collecting and Using Personal Information: For processing bill delivery service by post - 수집 및 이용목적: 고지서 송달지 신청 처리 - List of Items (Personal Information) to Be Collected: Name, phone no., and address - 수집항목(개인정보): 성명, 전화번호, 주소 - Period of Keep and Use: 3 years - 보유 및 이용기간: 3년 - An applicant has the right to refuse the collection and use of personal information. In this case, your application might not be processed. - 신청고객은 개인정보 및 고유 식별 정보 수집 및 이용 등을 거부할 권리가 있으며, 권리행사 시 고지서 송달지 신청이 거부될 수 있습니다. <div style="text-align: center;"> Privacy Policy Agree <input type="checkbox"/> Disagree <input type="checkbox"/> (개인정보) 동의함 <input type="checkbox"/> 동의안함 <input type="checkbox"/> </div>							
※ According to Article 81 of Enforcement Decree of the National Health Insurance Act, the NHIS has the right to access an applicant's resident registration number. ※ 국민건강보험법 시행령 제81조에 따라 국민건강보험공단은 주민등록번호 처리가 가능합니다.							
		Date of Application: 년 월 일 신청일: Applicant: (Signature) 신청인: (서명 또는 인)					
Recipient: OOO, Director of Regional Office, National Health Insurance Service 국민건강보험공단 장 귀하							
Notice 유의사항		◆ The bill delivery service will begin from on the month you sign up for the service permanently. ◆ 고지서 송달지는 신청시작 월부터 기한 없이 적용됩니다. ◆ In case there is any change made to your position or your bills get returned more than twice the service will be canceled by NHIS official authority. ◆ 자격이 변동되거나, 고지서가 연속 2회 반송된 경우 직권으로 해지 처리 됩니다. ◆ Once this happens, your bills will be delivered to the address which reported on your resident registration. ◆ 직권해지 이후 발행되는 고지서는 납부의무자의 주민등록상 주소로 발송됩니다.					

