

전자고지 서비스 신규·변경·해지(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)	세대주 성명	
	연락처(휴대전화번호)		
신청보험	[]전체	[]건강보험	[]국민연금
고지방법	[] 전자우편(전자우편주소:)		
	[] 인터넷 홈페이지		
	[] 휴대전화(휴대전화번호:)		
	[] 그 밖의 방법(공인전자문서중계자 등:)		
수신자	성명	세대주와 관계	연락처

「국민건강보험법 시행규칙」 제49조제1항에 따라 위와 같이 전자고지서비스 이용을 신청(변경 또는 해지)합니다.

년 월 일

신청인(대표자)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 ○○지사장 귀하

<작성 예시> 파란색으로 표기한 정보만 기재하셔도 됩니다 <Example> just write down blue out information

■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제29호서식] <개정 2022. 10. 26.>

전자고지 서비스 신규·변경·해지(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)	00000000000	세대주 성명 김 건강
	연락처(휴대전화번호)	010-0000-0000	
신청보험	[]전체 []건강보험 []국민연금		
고지방법	[√] 전자우편(전자우편주소: abcd@care.com)		
	[] 인터넷 홈페이지		
	[] 휴대전화(휴대전화번호:)		
	[] 그 밖의 방법(공인전자문서중계자 등:)		
수신자	성명 김 건강	세대주와 관계	연락처

「국민건강보험법 시행규칙」 제49조제1항에 따라 위와 같이 전자고지서비스 이용을 신청(변경 또는 해지)합니다.

2024 년 월 일

신청인(대표자)

김 건강 (서명 또는 인)

국민건강보험공단 ○○지사장 귀하