

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 <input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 변경 <input type="checkbox"/> 해지	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		
	고지방법	<input type="checkbox"/> 전자우편 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 전자문서교환시스템 <input type="checkbox"/> 인터넷홈페이지(사회보험통합징수포털)		
	수신처 (전자우편주소, 휴대전화번호 또는 아이디 등)			
수신자	성명	주민등록번호		
지역가입자 등 보험료 <input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 변경 <input type="checkbox"/> 해지	가입자	성명	주민등록번호	
		주소		
		연락처	(휴대전화번호)	전자우편주소
	신청보험	<input type="checkbox"/> 전체 <input type="checkbox"/> 건강보험 <input type="checkbox"/> 국민연금		
	고지방법	<input type="checkbox"/> 전자우편 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 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

■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제29호서식] <작성 예시> 파란색으로 작성된 정보가 기재하시면 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	
	[]신규	신청보험	[] 전체 [] 건강보험 [] 국민연금 [] 고용보험 [] 산재보험		
	[]변경 []해지	고지방법	[] 전자우편 [] 휴대전화 [] 전자문서교환시스템 [] 인터넷홈페이지(사회보험통합징수포털)		
	수신처 (전자우편주소, 휴대전화번호 또는 아이디 등)				
수신자	성명	주민등록번호			
지역가입자 등 보험료	가입자	성명	김 돌 봄	주민등록번호	810101-100000
		주소	강원도 원주시 건강로 32		
		연락처	(휴대전화번호)	전자우편주소	
		033-000-0000	010-0000-0000	abcd@care.com	
	[√]신규	신청보험	[√] 전체 [] 건강보험 [] 국민연금		
	[]변경 []해지	고지방법	[√] 전자우편 [] 휴대전화 [] 인터넷홈페이지(사회보험통합징수포털)		
	수신처 (전자우편주소, 휴대전화번호, 아이디 등)				
수신자	성명	주민등록번호			

위와 같이 전자고지 서비스 이용을 신청(변경 또는 철회)합니다.

2018 년 5 월 18 일

신청인(대표자)

김 돌 봄 (서명 또는 인)

국민건강보험공단 ○○지사장 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음
------	----	-----------

유의사항

1. 전자고지 서비스 이용신청을 한 경우 별도의 우편고지서는 발송하지 않습니다.
2. 전자고지를 한 경우 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호에 따른 정보통신망에 저장되거나 납부의무자가 지정한 전자우편주소에 입력된 때에 납입고지의 효력이 발생합니다.
3. 건강보험 공무원·교직원 사업장은 전자고지 신청 시 사업장관리번호가 동일한 회계코드 전체에 적용됩니다.

작성방법

- "직장가입자 보험료" 또는 "지역가입자 등 보험료"의 신규, 변경, 해지 중 해당 사항에 "[√]"표시를 하고 신청사항을 적습니다.
- 전자고지를 신청하려는 가입자의 "성명", "주민등록번호" 및 "주소"를 적습니다[사업장인 경우 사용자(사업주 또는 사업장대표)의 성명 및 사업장등록번호 등을 적습니다].
 - ※ 신청사항 중에 건강보험료에 대한 전자고지가 포함되는 경우 일반사업장은 사업장 관리번호(11자리) 및 단위사업장기호(3자리)를 적고, 공·교사업장은 사업장관리번호(11자리), 고지차수(1자리)를 구분하여 적습니다.
- "신청보험"란 및 "고지방법"란은 전자고지를 받으려는 보험의 종류와 전자고지 받는 방법 중 해당되는 곳에 각각 "[√]"표시를 합니다.
- "수신처"란은 다음과 같이 적습니다.
 - 전자우편으로 고지 받으려는 경우에는 전자우편주소를, 휴대전화로 고지 받으려는 경우에는 휴대전화번호를 적습니다.
 - ※ 전자고지 받으려는 전자우편주소 또는 휴대전화번호가 가입자란에 적은 것과 동일한 경우에는 별도로 적지 않습니다.
 - 전자문서교환시스템으로 고지 받으려는 경우에는 "건강보험 Web EDI, 사회보험 EDI" 중 하나를 선택하여 적습니다.
- "수신자"란에는 고지 받는 사람의 성명과 주민등록번호를 적습니다.
 - ※ "지역가입자 등 보험료"의 전자고지 관련 신청을 하는 경우에 가입자와 수신자가 동일하면 별도로 적지 않습니다.
- 그 밖의 작성 시 유의사항은 관할 지사나 국민건강보험공단 콜센터(1577-1000)로 문의하십시오.

처리 절차

