

■ Enforcement Decree of the National Health Insurance Act [Appendix - Template No. 29] Revised on December 31, 2015 ⇨  
 ■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제29호 서식] <개정 2015.12.31.⇨

### Application Form for Electronic Notification Service

( Register, Changes, Cancel )

### 전자고지 서비스 신규·변경·철회 신청서

\* Please read the notice and guidelines for completing the form on the back, and check "√" in the [ ] if applicable. (Front)  
 \* 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 "√"표를 합니다. (앞쪽)

Application No. 접수번호	Date of Application 접수일	Time for Three Days processing 처리기간 3일				
Workplace-Provided Policyholders (Employed Insured)* Insurance Contribution 사업장가입자 (직장가입자) 보험료  [ ] Register [ ] 신규 [ ] Change [ ] 변경 [ ] Cancel [ ] 해지	Company 사업장	Workplace Management No. 사업장관리번호	Workplace Unit Symbol (or Accounting Code) 단위사업장기호(또는 회계코드)	No. of P a y m e n t Periods 차수		
		Name 명칭	Business Registration No. 사업자등록번호	Employer's Name 사용자 성명		
		Address 주소		Contact 연락처 (Phone No.) (휴대전화번호)	Email Address 전자우편주소	
	Type of Insurance 신청보험	[ ] All [ ] Health Insurance [ ] National Pension [ ] Employment Insurance [ ] Occupational Health and Safety Insurance [ ] 산재보험 [ ] 전체 [ ] 건강보험 [ ] 국민연금 [ ] 고용보험 [ ] 산재보험				
	Notification Method 고지방법	[ ] Email [ ] Phone [ ] Electronic Data Exchange System [ ] Website (Integrated Social Insurance Premium Collection Portal) [ ] 전자우편 [ ] 휴대전화 [ ] 전자문서교환시스템 [ ] 인터넷홈페이지(사회보험통합징수포털)				
	Recipient Details (Email Address, Phone No., ID, Etc.) 수신처 (전자우편주소, 휴대전화번호 또는 아이디 등)		Recipient 수신자		Name 성명	Resident Registration No. 주민등록번호
Self-Employed Insured Insurance Contribution 지역가입자 등 보험료  [ ] Register [ ] 신규 [ ] Change [ ] 변경 [ ] Cancel [ ] 해지	Subscriber 가입자	Name 성명	Resident Registration No. 주민등록번호			
		Address 주소		Contact 연락처 (Phone No.) (휴대전화번호)	Email Address 전자우편주소	
		Type of Insurance 신청보험	[ ] All [ ] Health Insurance [ ] National Pension [ ] 전체 [ ] 건강보험 [ ] 국민연금			
	Notification Method 고지방법	[ ] Email [ ] Phone [ ] Website (Integrated Social Insurance Premium Collection Portal) [ ] 전자우편 [ ] 휴대전화 [ ] 인터넷홈페이지(사회보험통합징수포털)				
	Recipient Details (Email Address, Phone No., ID, Etc.) 수신처 (전자우편주소, 휴대전화번호, 아이디 등)		Recipient 수신자		Name 성명	Resident Registration No. 주민등록번호

I would like to register for(change, or cancel) the electronic notification service as mentioned above.  
 위와 같이 전자고지 서비스 이용을 신청(변경 또는 철회)합니다.

YYYY-MM-DD  
 년 월 일

Applicant (Representative)  
 신청인(대표자) (Signature)  
 (서명 또는 인)

Recipient: OO, Director of Regional Office, National Health Insurance Service

국민건강보험공단 ○○지사장 귀하

210 mm × 297 mm [Wood-Free Paper 80 g/m<sup>2</sup>]

■ 《国民健康保険法施行規則》[另紙第29号表格] <修订 2015.12.31.⇨  
 ■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제29호 서식] <개정 2015.12.31.⇨

### 电子通知服务新设·变更·撤回申请表

### 전자고지 서비스 신규·변경·철회 신청서

\* 请阅读背面的填写方法和注意事项后填写, 请在相应的[ ]中打"√".  
 \* 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 "√"표를 합니다.

受理编号 접수번호	受理日 접수일	
企业参保人员 (公司参保人员) 保险费 사업장가입자 (직장가입자) 보험료  [ ] 新设 [ ] 신규 [ ] 变更 [ ] 변경 [ ] 解除 [ ] 해지	企业管理编号 사업장관리번호	
	名称 명칭	
	地址 주소	
	联系方式 연락처 (手机号码) (휴대전화번호)	
	申请保险 신청보험	[ ] 全部 [ ] 健康保险 [ ] 国民年金 [ ] 雇佣保险 [ ] 工伤保险 [ ]  전체 [ ] 건강보험 [ ] 국민연금 [ ] 고용보험 [ ] 산재보험
	通知方法 고지방법	[ ] 电子邮件 [ ] 手机 [ ] 电子文件交换系统 [ ] 官网 (社保保险综合征收门户网站) [ ] 전자우편 [ ] 휴대전화 [ ] 전자문서교환시스템 [ ] 인터넷홈페이지(사회보험통합징수포털)
收件处 (电子邮件地址、手机号码或ID等) 수신처 (전자우편주소, 휴대전화번호 또는 아이디 등)		
收件人 수신자	姓名 성명	
地域参保人员等的保险费 지역가입자 등 보험료  [ ] 新设 [ ] 신규 [ ] 变更 [ ] 변경 [ ] 解除 [ ] 해지	姓名 성명	
	地址 주소	
	联系方式 연락처 (手机号码) (휴대전화번호)	
	申请保险 신청보험	[ ] 全部 [ ] 健康保险 [ ] 国民年金 [ ]  전체 [ ] 건강보험 [ ] 국민연금
	通知方法 고지방법	[ ] 电子邮件 [ ] 手机 [ ] 官网 (社保保险综合征收门户网站) [ ] 전자우편 [ ] 휴대전화 [ ] 인터넷홈페이지(사회보험통합징수포털)
	收件处 (电子邮件地址、手机号码或ID等) 수신처 (전자우편주소, 휴대전화번호, 아이디 등)	
收件人 수신자	姓名 성명	

如上申请使用(变更或撤回)电子通知服务。  
 위와 같이 전자고지 서비스 이용을 신청(변경 또는 철회)합니다.

年 月 日  
 년 월 일

申请人(代表人)  
 신청인(대표자)

国民健康保险公团 ○○支社长 公启  
 국민건강보험공단 ○○지사장 귀하

210mm× 297mm[胶版纸 80g/m<sup>2</sup>]