

■ 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	
<b>Workplace-Provided Policyholders (Employed Insured) Contribution 사업장가입자 (직장가입자) 보험료</b>  <input type="checkbox"/> Register [ ] 신규 <input type="checkbox"/> Change [ ] 변경 <input type="checkbox"/> Cancel [ ] 해지	<b>Company 사업장</b> Workplace Management No. 사업장관리번호 Workplace Unit Symbol (or Accounting Code) 단위사업장기호(또는 회계코드) No. of Payment 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 <input type="checkbox"/> All [ ] Health Insurance [ ] National Pension [ ] Employment Insurance <input type="checkbox"/> 전체 [ ] 건강보험 [ ] 국민연금 [ ] 고용보험 [ ] 산재보험			
	Notification Method 고지방법 <input type="checkbox"/> Email [ ] Phone [ ] Electronic Data Exchange System [ ] Website (Integrated Social Insurance Premium Collection Portal) <input type="checkbox"/> 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			
	Subscriber 가입자 Name 성명 Resident Registration No. 주민등록번호 Address 주소 Contact 연락처 (Phone No.) (휴대전화번호) Email Address 전자우편주소			
<b>Self-Employed Insured Insurance Contribution 지역가입자 등 보험료</b>  <input type="checkbox"/> Register [ ] 신규 <input type="checkbox"/> Change [ ] 변경 <input type="checkbox"/> Cancel [ ] 해지	Type of Insurance 신청보험 <input type="checkbox"/> All [ ] Health Insurance [ ] National Pension <input type="checkbox"/> 전체 [ ] 건강보험 [ ] 국민연금			
Notification Method 고지방법 <input type="checkbox"/> Email [ ] Phone [ ] Website (Integrated Social Insurance Premium Collection Portal) <input type="checkbox"/> 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

■ 《国民健康保险法施行规则》 [另纸第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.

(正面)  
(앞쪽)

受理编号 접수번호	受理日 접수일	处理时间 처리기간	3天 3일	
企业参保人员 (公司参保人员) 保险费 사업장가입자 (직장가입자) 보험료  <input type="checkbox"/> 新设 <input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 变更 <input type="checkbox"/> 변경 <input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 해지	企业 사업장	企业管理编号 사업장관리번호  名称 명칭  地址 주소  联系方式 연락처	单位企业编号 (或会计代码) 단위사업장기호(또는 회계코드)  营业执照编号 사업자등록번호  雇主姓名 사용자 성명	
	申请保险 신청보험  <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 전체  <input type="checkbox"/> 健康保险 <input type="checkbox"/> 건강보험  <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 국민연금  <input type="checkbox"/> 雇佣保险 <input type="checkbox"/> 고용보험  <input type="checkbox"/> 工伤保险 <input type="checkbox"/> 산재보험	通知方法 고지방법  <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 전자우편 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 电子文件交换系统 <input type="checkbox"/> 전자문서교환시스템 <input type="checkbox"/> 官网 (社保综合征收门户网站) <input type="checkbox"/> 인터넷홈페이지(사회보험통합징수포털)		次数 차수
	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	身份证号 주민등록번호	
地域参保人员等的保险费 지역가입자 등 보험료  <input type="checkbox"/> 新设 <input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 变更 <input type="checkbox"/> 변경 <input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 해지	参保人 가입자	姓名 성명  地址 주소  联系方式 연락처	身份证号 주민등록번호  电子邮件地址 전자우편주소	
	申请保险 신청보험  <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 전체  <input type="checkbox"/> 健康保险 <input type="checkbox"/> 건강보험  <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 국민연금	通知方法 고지방법  <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 전자우편 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 官网 (社保综合征收门户网站) <input type="checkbox"/> 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	身份证号 주민등록번호	

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)

(签字或盖章)  
 (서명 또는 인)

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