

전자고지 서비스 신규·변경·해지(철회) 신청서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 “√” 표시를 합니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	3일
------	-----	------	----

전자고지 []신규 []변경 []해지(철회)

사업장 가입자	사업장관리번호	단위사업장기호(또는 회계코드)	차수	
	사업장 명칭	사업자등록번호	사용자 성명	
	연락처(휴대전화번호)			
	신청보험	4대 사회보험(건강보험·국민연금·고용보험·산재보험) 전체		
	고지방법	[] 전자우편(전자우편주소: _____)		
		[] 전자문서교환시스템(EDI)		
[] 인터넷 홈페이지(사회보험통합징수포털)				
[] 휴대전화(휴대전화번호: _____)				
수신자	[] 그 밖의 방법(공인전자문서중계자 등: _____)			
	성명	사용자와 관계	연락처	

지역 가입자 등	세대주	건강보험증번호(납부자번호)	세대주 성명	
		연락처(휴대전화번호)		
	신청보험	[]전체 []건강보험 []국민연금 []건강보험증번호 변경 시 연계 동의		
	고지방법	[] 전자우편(전자우편주소: _____)		
		[] 인터넷 홈페이지(모바일앱)		
		[] 휴대전화(휴대전화번호: _____)		
[] 그 밖의 방법(공인전자문서중계자 등: _____)				
수신자	성명	세대주와 관계	연락처	

자동이체 []신규 []변경 []해지

사업장 가입자	은행명	계좌번호	
	예금주명	예금주 주민등록번호	
	이체희망일	[]납기일 []납기전월 말일	(사업자등록번호)
[]건강 []연금 []고용 []산재	※ 환산고지 사업장은 환산자동이체로 신청됩니다. ※ 고용·산재보험 건설업 일시납 개산보험료 및 1기 분납 보험료는 자동이체 처리되지 않음에 유의하여 주시기 바랍니다.		

지역 가입자 등	은행명	계좌번호	
	예금주 성명	예금주 주민등록번호	
	이체희망일	[]납기일 []납기전월 말일	가입자와의 관계

공통 [] 환급계좌 신청 ※ 환급계좌를 신청하시면 향후 발생하는 환급금은 환급계좌로 자동 입금됩니다.
※ 자동이체 신규 신청 시 작성한 은행명, 예금주명, 계좌번호와 동일한 계좌로 신청됩니다.

「국민건강보험법」 제81조의6제1항 및 같은 법 시행규칙 제54조의2제1항 본문에 따라 위와 같이 전자고지 서비스 신규, 변경 또는 해지(철회)신청을 합니다.

년 월 일

신청인(대표자)

(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」 제2조제1호에 따른 정보통신망에 저장되거나 납부의무자가 지정한 전자우편주소에 입력된 때에 납입고지효력이 발생합니다.
3. 건강보험 공무원·교직원 사업장은 전자고지 신청 시 사업장관리번호가 동일한 회계코드 전체에 적용됩니다.
4. 고지방법 중 그 밖의 방법(공인전자문서중계자 등)을 선택한 경우 고지 사실을 안내하는 문서가 신청인이 선택한 방법으로 따로 전송됩니다.
5. 건강보험증번호 변경 시 연계에 동의할 경우 지역가입자 건강보험 전자고지 이용자의 자격변동(상실) 이후 신규(동일) 지역가입자 건강보험증번호 취득 시 기존 전자고지 신청내역이 자동 연계 됩니다. 다만, 변경 건강보험증번호에서 전자고지를 이미 이용 중일 경우 자동 연계는 제외됩니다.
6. 전자고지 방법 중 전자우편과 인터넷 홈페이지는 중복 신청이 가능합니다.
7. 자동이체 서비스 신청을 희망하는 경우, 신청인은 자동이체를 원하는 보험료의 납기일(이체 희망일을 매월 말일로 신청하는 경우에는 그 말일) 2일[토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 제2조에 따른 공휴일(이하 “공휴일”이라 한다) 및 「노동절 제정에 따른 법률」에 따른 노동절(이하 “노동절”이라 한다)은 제외합니다] 전까지 신청해야 합니다.
8. 자동이체를 신청한 보험료는 그 납기일에 출금되며, 미출금 또는 일부 출금된 경우에는 그 달 25일, 다음 달 10일 및 25일에 재(再)출금됩니다. 다만, 출금일을 자동이체 되는 보험료의 납부일이 속하는 달의 전달 말일로 정한 경우 신청인이 정한 해당 출금일에 선(先)출금됩니다.
 - ※ 출금일이 토요일, 공휴일 또는 노동절인 경우에는 그 다음 날 출금됩니다.
9. 「국민건강보험법」 제109조제3항 및 제8항에 따른 국내에 체류하는 재외국민 또는 외국인의 건강보험료에 대한 자동이체는 그 납기일에 출금되며, 미출금 또는 일부 출금된 경우에는 다음 달 10일에 재(再)출금됩니다.
10. 출금계좌의 예금 잔액이 공단의 청구금액보다 부족한 경우에는 출금 가능 잔액 한도 내에서 출금되며, 자동이체 금액은 그 납기일 금융기관 영업시간 내에 해당 출금계좌에 입금된 예금에 한하며, 이체 시까지 잔액을 유지해야 출금됩니다.
11. 출금계좌의 예금 잔액(자동대출 약정이 있을 경우에는 그 대출한도를 포함합니다)이 납기일 현재 공단의 청구 금액보다 부족하거나 예금의 지급제한, 약정대출의 연체 등으로 대체납부가 불가능한 경우에 발생하는 손해는 납부자 본인의 책임으로 합니다. 또한, 신청인이 자동이체 신청 시 신청한 내용이 사실과 달라 납기일에 자동이체가 되지 못한 경우의 책임도 납부자 본인의 책임으로 합니다.
12. 신청인 또는 보험료의 납부의무자는 자동이체를 해지하려면 해지 신청서를 제출해야 합니다. 또한, 자동이체 되는 보험료의 납부의무자에게 책임 있는 사유로 일정 기간 이상 자동이체가 되지 않으면 해당 자동이체는 공단이 납부의무자에게 별도의 통지 없이 직권으로 해지합니다.
13. 지역가입자 및 사업장이 자격상실 된 경우에는 공단은 납부자에게 사전 통지 없이 직권으로 자동이체를 해지합니다. 다만, 당월 보험료가 고지되어 있는 경우는 제외합니다.
14. 공단은 「국민건강보험법」 제112조제1항에 따라 자동이체 서비스의 원활한 제공 및 보험료 환급금 지급을 위하여 거래은행(금융기관)명, 예금주명, 계좌번호를 수집하며, 자동이체 업무처리를 위하여 금융결제원 및 해당 금융기관에 자동이체와 관련된 계좌정보[거래은행(금융기관)명, 계좌번호, 예금주 등]를 제공합니다. 또한, 공단은 민원상담 및 자동이체 신청(신규, 변경, 해지) 접수업무의 처리를 위하여 계좌정보 중 일부를 국민연금공단 및 근로복지공단에 제공합니다.

작성방법

- 사업장 보험료 또는 지역가입자 등 보험료의 신규, 변경, 해지 중 해당 사항에 “√” 표시를 하고 신청사항을 적습니다.
- 전자고지를 신청하려는 가입자의 성명과 연락처를 적습니다[사업장인 경우 사용자(사업주 또는 사업장대표)의 성명 및 사업자등록번호 등을 적습니다].
 - ※ 신청사항 중에 건강보험료에 대한 전자고지가 포함되는 경우 일반사업장은 사업장 관리번호(11자리) 및 단위사업장기호(3자리)를 적고, 공무원·교직원사업장은 사업장관리번호(11자리), 고지처수(1자리)를 구분하여 적습니다.
- 신청보험란 및 고지방법란은 전자고지를 받으려는 보험의 종류와 전자고지 받는 방법 중 해당되는 곳에 각각 “√” 표시를 하고, 고지방법 중 전자우편 또는 휴대전화를 선택한 경우 괄호 안에 전자우편주소 또는 휴대전화번호를 적고, 그 밖의 방법을 선택한 경우 괄호 안에 공인전자문서중계자 등 고지 사실 안내문의 수신방법을 적습니다.
- “그 밖의 방법”이란 「전자문서 및 전자거래기본법」 제2조제10호에 따른 공인전자문서중계자 중 공단이 지정한 자를 통해 고지받는 방법을 말합니다.
 - ※ “공인전자문서중계자”란 타인을 위하여 전자문서의 송신·수신 또는 중계를 하는 자로서 「전자문서 및 전자거래기본법」 제31조의18에 따른 인증을 받은 자를 말합니다.
- 수신자란에는 전자고지를 받으려는 사람의 성명, 사업장 대표 및 세대주와의 관계, 연락처를 적습니다.
 - ※ 지역가입자 등 보험료의 전자고지 관련 신청을 하는 경우에 가입자와 수신자가 동일하면 별도로 적지 않습니다.
- ‘자동이체’란에는 사업장 또는 지역가입자 등 보험료의 자동이체 신규, 변경, 해지 중 해당 사항에 “√” 표시를 합니다.
- 가입자 본인이 자동이체를 희망하는 은행명, 계좌번호, 예금주명, 예금주 주민등록번호(사업자등록번호), 가입자와의 관계를 적고, 원하는 이체희망일에 “√” 표시를 합니다.
- 사업장 또는 지역가입자 등 보험료의 환급계좌 신청을 희망하는 경우, 환급계좌 신청 항목에 “√” 표시를 합니다.
- 그 밖의 작성에 관한 문의사항은 관할 지사나 국민건강보험공단 콜센터(1577-1000)로 문의해 주시기 바랍니다.

처리 절차

