

이 의 신 청 서

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	60일
문서번호	평가 대상(항목)		
요양기관	명칭	요양기관 기호	
	소재지	연락처	
신청인	성명	연락처	
	주소		
관련 처분	처분이 있는(도달한) 날	처분의 내용	
이의신청 취지 및 사유			
관련 처분	고지 유무	고지 내용	

「국민건강보험법」 제87조제2항 및 같은 법 시행규칙 제56조에 따라 위와 같이 건강보험심사평가원의 처분에 대하여 이의신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

건강보험심사평가원 원장 귀하

첨부서류	뒤쪽 참조	수수료 없음
------	-------	-----------

첨부서류 | 주장하는 사실을 증명할 수 있는 서류

작성방법

- 처분의 내용: 이의신청의 대상이 되는 내용을 구체적으로 적습니다.
- 이의신청 취지 및 사유: 건강보험심사평가원에 대하여 결정을 요구하는 사항과 사실상의 근거가 되는 내용을 적고, 여백이 부족한 경우에는 별지를 사용합니다.

처리 절차

