■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제32호서식] <개정 2020. 10. 30.>

이 의 신 청 서

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

접수번호	접수일	처리기간 60일

① 신청인 (처분을 받은 자)	성명(법인명)	주민등록번호(외국인등록번호 · 법인등록번호)
	전자우편주소(e-mail)	
	주소 (전화번호:)	
	우편물 수령지	
② 대리인	성명	생년월일
	신청인과의 관계	전자우편주소(e-mail)
	주소 (전화번호:)	
④ 처분의 내용	(처분지사:) ※ 작성란이 부족한 경우에는 별지에 작성합니다.	
⑤ 처분이 있은(도달한) 날	년 월 일	
⑥ 이의신청의 취지와 사유	※ 작성란이 부족한 경우에는 별지에 작성합니다.	
⑦ 처분지사의 고지 여부		고지 내용

「국민건강보험법」 제87조제1항 및 같은 법 시행규칙 제56조에 따라 위와 같이 공단의 처분에 대하여 이의신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

대리인 (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

첨부서류	1. 주장하는 사실을 입증할 수 있는 서류나 증거물 2. 대리인을 선임하는 경우에는 위임장과 대리인임을 증명할 수 있는 서류	수수료 없음

작성방법

① 가입자 및 피부양자의 자격, 보험료, 「국민건강보험법」에 따른 그 밖의 징수금, 보험급여, 보험급여비용에 관하여 공단으로부터 처분을 받은 사람의 성명, 주민등록번호 • 외국인등록번호, 주소(법인인 경우 법인명, 법인등록번호, 사업장 주소), 전자우편주소, 우편물 수령지(이의신청과 관련된 우편물을 수령할 주소지가 신청인의 주소지와 다른 경우에만 적습니다)를 적습니다.

② 대리인을 선임하는 경우 대리인의 성명, 생년월일, 신청인과의 관계, 전자우편주소, 주소를 적습니다.

③ 가입자 및 피부양자의 자격, 보험료, 「국민건강보험법」에 따른 그 밖의 징수금, 보험급여, 보험급여비용 등 이의신청의 대상이 되는 공단의 구체적 처분 내용을 적고, "처분지사"에는 해당 처분을 한 공단의 지역본부 또는 지사를 적습니다.

④ 공단의 처분통지를 받은 연월일을 적습니다.

⑤ 공단에 대하여 결정을 요구하는 사항과 이의신청을 하게 된 법률상 • 사실상의 근거가 되는 내용을 적습니다.

⑥ 처분지사 등이 이의신청에 관한 고지를 했으면 "○"를, 고지를 하지 않았으면 "X"를 적습니다.

처리 절차

신청서 작성	➔	접수	➔	이의신청위원회 심의 • 의결	➔	심의결과 통보	➔	이의신청 결정서 수령
신청인		국민건강보험공단		국민건강보험공단		국민건강보험공단		신청인