

이의신청 결정서

제 호

| | | |
|---------|----|-----------------|
| 신청인 | 성명 | 주민등록번호(외국인등록번호) |
| | 주소 | |
| 주문 | | |
| 처분 요지 | | |
| 이의신청 취지 | | |
| 결정 이유 | | |

년 월 일

국민건강보험공단 이사장

직인

이 결정에 대하여 불복할 때에는 이 결정서를 받은 날부터 90일 이내에 보건복지부에 설치되어 있는 건강보험분쟁조정 위원회에 심판청구하거나, 관할법원에 행정소송을 제기할 수 있습니다.