■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제18호의2서식] <개정 2019. 10. 24.>

특별현금급여수급계좌 입금신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일시	처리기간 즉시

신청인 (수급자)	성 명	생년월일
	주 소 (전화:)	
대리인	성 명	생년월일
	유형	☐ 가족이나 친족 또는 이해관계인(신청인과의 관계:) ☐ 사회복지전담공무원 ☐ 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다) ☐ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 자 ※ 해당 유형에 √표합니다.
	주 소 (전화:)	
특별현금급여 수급계좌	금융기관	예금주
	계좌번호	

「노인장기요양보험법」 제27조의2, 같은 법 시행령 제13조의2에 따라 특별현금급여를 위의 특별현금급여 수급계좌로 입금하여 줄 것을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

대리인 (서명 또는 인)

국민건강보험공단이사장 귀하

첨부서류	1. 수급자 명의의 예금통장(계좌번호가 기록되어 있는 면을 말합니다) 사본 1부 2. 대리인 관련 서류 가. 가족이나 친족 또는 이해관계인인 경우: 본인임을 확인할 수 있는 신분증 나. 사회복지전담공무원인 경우: 공무원임을 증명하는 신분증 다. 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다): 대리인의 신분증 및 치매안심센터의 장임을 증명하는 서류 각 1부 라. 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 자인 경우: 별지 제9호서식의 대리인 지정서

처 리 절 차

신청서 작성	→	접 수	→	신청사항 검토	→	계좌번호 등록
신청인		처리기관 (국민건강보험공단)		처리기관 (국민건강보험공단)		처리기관 (국민건강보험공단)

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]