

이 의 신 청 서

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

접수번호	접수일	처리기간	60일
① 처분을 받은 자	성명	주민등록번호(외국인등록번호)	
	주소		
② 처분의 내용			
	(처분지사:) (여백 부족 시 별지 사용)		
③ 처분통지를 받은 날	년 월 일		
④ 이의신청의 취지와 사유			
	(여백 부족 시 별지 사용)		
⑤ 처분지사의 고지 유무		고지 내용	

「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제23조에 따라 위와 같이 공단의 처분에 대하여 이의신청합니다.

	년	월	일
신청인 성명	(서명 또는 인)	전화번호	()
생년월일		휴대전화번호	()
주소		전자우편주소	()
처분을 받은 자와의 관계			

국민건강보험공단 이사장 귀하

첨부서류	주장하는 사실을 입증할 수 있는 서류	수수료 없음
------	----------------------	-----------

작성방법

- ① 재난적의료비 지급결정 등에 관하여 공단으로부터 처분을 받은 사람의 성명, 주민등록번호(외국인의 경우에는 외국인등록번호), 주소를 적습니다(법인인 경우 법인명, 사업자등록번호, 사업장 주소를 적습니다).
- ② 재난적의료비 지원에 관하여 이의신청의 대상이 되는 공단의 구체적 처분 내용을 적습니다.
- ※ (처분지사:) 해당 처분을 한 공단 지역본부 또는 지사를 적습니다.
- ③ 공단의 처분통지를 받은 연월일을 적습니다.
- ④ 공단에 대하여 결정을 요구하는 사항과 이의신청을 하게 된 법률상·사실상의 근거가 되는 내용을 적습니다.
- ⑤ 처분지사 등의 이의신청에 관한 고지의 유무를 적습니다.

처리 절차

