

재심사청구서

※ 뒤쪽의 작성방법을 읽고 작성하여 주시기 바라며, 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호		접수일		처리기간	60일
청구인	성명		주민등록번호		
	전화번호(주택)	(휴대전화)	전자우편주소		
	주소		처분을 받은 자와의 관계		
처분을 받은 자	성명		주민등록번호		
	주소				
피청구인	국민건강보험공단		재결청	보건복지부장관	
심사결정서를 받은 날					
년					
월					
일					
심사결정서의 요지					

재심사청구 취지 및 이유	(여백부족시 별지 사용)
---------------	---------------

재심사청구에 관한 고지 유무	고지 내용
-----------------	-------

증거서류

「노인장기요양보험법」 제56조제1항 및 같은 법 시행규칙 제40조제1항에 따라 위와 같이 국민건강보험 공단의 심사청구 결정에 대한 재심사를 청구합니다.

년 월 일

청구인 (서명 또는 인)

대리인 (서명 또는 인)

장기요양재심사위원회 귀하

첨부서류	재심사청구 이유에서 주장하는 사실을 증명할 수 있는 자료	수수료 없음						
작성방법								
1. "처분을 받은 자"가 "청구인"과 동일한 경우에는 중복하여 적지 않습니다. 2. "심사결정서의 요지"란에는 재심사청구의 대상이 되는 국민건강보험공단의 구체적인 심사결정의 내용을 적습니다. 3. "재심사청구 취지 및 이유"란에는 장기요양재심사위원회의 심의를 요구하는 사항과 재심사청구를 하게 된 법률상 및 사실상의 근거가 되는 내용을 적으며, 여백이 부족한 경우에는 별지에 적습니다. 4. "재심사청구에 관한 고지 유무" 및 "고지 내용"란에는 심사청구에 대한 결정통보 시 국민건강보험공단의 재심사청구 안내 유무 및 그 내용을 적습니다 5. "증거서류"란에는 재심사청구의 취지 및 이유를 증명할 수 있는 자료의 목록을 적고, 관련 자료를 첨부합니다. 6. 대리인이 재심사청구를 하는 경우에는 대리인이 기명날인이나 서명을 하고, 위임장과 대리인임을 증명할 수 있는 서류를 제출합니다.								
처리절차								
청구서 작성 청구인	➔	접수 및 확인 처 리 기 관 (보건복지부)	➔	장기요양재심사위원회 심의·의결 처 리 기 관 (보건복지부)	➔	심의결과 통보 처 리 기 관 (보건복지부)	➔	결정서 수령 청구인