

소급분 연금보험료 분할납부 신청서

※ 아래의 유의사항 및 작성방법을 참고하여 주시기 바라며, 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호		접수일		처리기간	즉시
[]사업장	명칭			사업장관리번호	
[]가입자	성명			주민등록번호 (외국인등록번호 · 국내거소신고번호)	
전화번호	자택 또는 사업장	휴대전화번호		전자우편주소(e-mail)	
주 소					
신청내용	분할납부 신청월		년	월분	
	분할납부 개월 수		개월		

「국민연금법」 제88조제5항, 같은 법 시행령 제56조의3제2항 및 같은 법 시행규칙 제34조의2에 따라 위와 같이 신청합니다.

이
의
의

신청인(가입자)

(서명 또는 인)

국민연금공단 이사장 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음
------	----	-----------

유의사항

1. 신청자는 소급분 연금보험료 납부기한 3일전까지 신청서를 제출해야 합니다.
2. 자동이체자는 출금의뢰가능일(D-3일)까지 신청서를 제출해야 합니다.
3. 국민건강보험공단은 소급분 연금보험료 분할납부 신청자에게 소급분 연금보험료 고지서를 10회 이내로 발송합니다.

작성 방법

1. 사업장의 경우는 "사업장"에, 그 외의 자는 "가입자"에 "[√]"표시를 하고 신청내용을 적으십시오.
2. 사업장의 경우에는 "명칭"란 및 "사업장관리번호"란을 적으십시오.
3. 가입자는 "성명"란 및 "주민등록번호"란에 주민등록표상의 성명 및 주민등록번호를 적으십시오.
4. "전화번호"란에는 연락 가능한 전화번호를 적으십시오.
5. "주소"란에는 고지서를 수령할 수 있는 장소와 우편번호를 적으십시오.
6. "분할납부 개월 수"란에는 분할납부 개월 수를 10개월 이내로 결정하여 적으십시오.

처리절차

