

체납보험료 분할납부 신청서

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

접수번호	접수일	처리기간	즉시
------	-----	------	----

신 청 인					
성명			주민등록번호		
주소					
전화번호		휴대전화번호		전자우편주소 (e-mail)	

신 청 내 용					
분할납부 신청 대상 월	년 월 분 ~ 년 월 분 (총 개월)				
분할납부 개월 수	개월				

「국민연금법」 제95조의2제1항 및 같은 법 시행규칙 제43조의2제1항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년

월

일

신청인(가입자)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

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

유의사항

- 분할납부 보험료를 자동이체 하려는 경우에는 별도의 자동이체 신청서를 제출하여야 합니다.
- 분할납부 보험료를 2회 이상 납부하지 않을 경우 분할납부는 승인이 취소되어 재신청하여야 합니다.
- 분할납부 기간 동안 지역가입자(납부예외 제외)인 경우에 한하여 자동이체 신청 및 출금이 가능합니다.

작성방법

- 가입자는 "성명"란 및 "주민등록번호"란에 주민등록표상의 성명 및 주민등록번호를 적습니다.
- "전화번호"란에는 연락 가능한 전화번호를 적습니다.
- "주소"란에는 고지서를 수령할 수 있는 장소와 우편번호를 적습니다.
- "분할납부 개월 수"란에는 24회 이내로 적습니다(연금보험료를 체납한 횟수를 초과할 수 없습니다).

처리절차

