

심 사 청 구 서

※ 작성방법을 읽고 작성하여 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간	60일
청구인	성명	주민등록번호	
	전화번호(자택)	(이동전화)	전자우편주소(e-mail)
	주소 우편번호(-)		처분을 받은 자와의 관계
처분을 받은 자	성명	주민등록번호	
	주소		
가입자 또는 가입자였던 자	성명	주민등록번호	
	주소		
처분의 내용			
처분이 있는 날		처분이 있음을 안 날	
처분을 한 곳(지사) []국민연금공단 지사 []국민건강보험공단 지사			
심사청구 취지 및 이유 ※별지			

「국민연금법」 제108조 및 같은 법 시행규칙 제48조에 따라 위와 같이 국민연금공단 또는 국민건강보험공단의 처분에 대한 심사를 청구합니다.

년 월 일

청구인 (서명 또는 인)

대리인 (서명 또는 인)

국민연금공단이사장 • 국민건강보험공단이사장 귀하

첨부서류	심사청구 이유에서 주장하는 사실을 입증할 수 있는 관련서류	수수료 없음
------	----------------------------------	-----------

작성방법

- “처분을 받은 자”가 “청구인”과 동일한 경우, “가입자 또는 가입자였던 자”가 “청구인” 및 “처분을 받은 자”와 동일한 경우는 중복하여 적지 않으셔도 됩니다.
- “처분의 내용”란은 심사청구의 대상이 되는 국민연금공단 또는 국민건강보험공단의 구체적 처분내용을 적으시기 바랍니다.
- “심사청구 취지 및 이유”란은 공단에 대하여 결정을 요구하는 사항과 심사청구를 하게 된 법률상 및 사실상의 근거가 되는 내용을 별지에 적으시기 바랍니다.
- 대리인이 심사청구를 하는 경우에는 대리인의 기명날인(또는 서명)을 하고 위임장과 대리인임을 증명할 수 있는 서류를 제출하여 주시기 바랍니다.

처리절차

