■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제32호서식]

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 처분이 있은(도달한) 날	년 월 일
④ 이의신청의 취지와 사유	(여백 부족 시 별지 사용)

⑤ 처분지사의 고지 유무		고지 내용	

「국민건강보험법」 제87조제1항 및 같은 법 시행규칙 제56조에 따라 위와 같이 공단의 처분에 대하여 이의신청합니다.

년 월 일

신청인 성명 (서명 또는 인)

주민등록번호(외국인등록번호)

주소

처분을 받은 자와의 관계

전화번호 ( )

휴대전화번호 ( )

전자우편주소 ( )

국민건강보험공단 이사장 귀하

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

첨부서류	주장하는 사실을 입증할 수 있는 서류	수수료 없음

작성방법

① 가입자 및 피부양자의 자격, 보험료, 「국민건강보험법」에 따른 그 밖의 징수금, 보험급여, 보험급여비용에 관하여 공단으로부터 처분을 받은 사람의 성명, 주민등록번호, 주소를 적습니다(법인인 경우 법인명, 사업자등록번호, 사업장 주소를 적습니다).

② 가입자 및 피부양자의 자격, 보험료, 「국민건강보험법」에 따른 그 밖의 징수금, 보험급여, 보험급여비용 등 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

신청서 작성	→	접수	→	이의신청위원회 심의·의결	→	심의결과 통보	→	수령
신청인		국민건강보험공단		국민건강보험공단		국민건강보험공단		신청인