

전자고지서비스 신규·변경·철회 신청서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하기 바라며, []에는 해당되는 곳에 "√"표를 합니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	3일
① 사업장가입자(직장가입자) 보험료		☐ 납입고지 ☐ 독촉 ☐ 신규 ☐ 변경 ☐ 철회(해지)	
② 사업장	사업장관리번호 또는 노무제공플랫폼 등록번호	단위사업장기호(또는 회계코드)	차수
	명칭	사업자등록번호	사용자 성명
	연락처(휴대전화번호)		
③ 신청보험	☐ 전체 ☐ 건강보험 ☐ 국민연금 ☐ 고용보험 ☐ 산재보험		
④ 고지방법	☐ 전자우편(전자우편주소:)		
	☐ 전자문서교환시스템(EDI)	☐ 건강보험 Web EDI ☐ 사회보험 EDI	
	☐ 인터넷 홈페이지(사회보험통합징수포털)		
	☐ 휴대전화(휴대전화번호:)		
	☐ 그 밖의 방법(공인전자문서중계자 등:)		
⑤ 수신자	성명	대표자와 관계	연락처
⑥ 지역가입자 등 보험료		☐ 납입고지 ☐ 독촉 ☐ 신규 ☐ 변경 ☐ 철회(해지)	
⑦ 세대주	건강보험증번호(납부자번호)		세대주 성명
	연락처(휴대전화번호)		
⑧ 신청보험	☐ 전체 ☐ 건강보험 ☐ 국민연금		
⑨ 고지방법	☐ 전자우편(전자우편주소:)		
	☐ 인터넷 홈페이지		
	☐ 휴대전화(휴대전화번호:)		
	☐ 그 밖의 방법(공인전자문서중계자 등:)		
⑩ 수신자	성명	세대주와 관계	연락처

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행규칙」 제16조의5제1항·제32조 제1항, 「국민건강보험법 시행규칙」 제49조제1항 및 「국민연금법 시행규칙」 제34조제2항에 따라 위와 같이 전자고지서비스 이용을 신청[변경 또는 철회(해지)]합니다.

년 월 일

신청인(대표자)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 ○○지사장 귀하

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

유의사항

1. 전자고지 서비스 이용신청을 한 경우 별도의 우편고지서는 발송하지 않습니다.
2. 전자문서로 전자고지를 한 경우 ④란 고지방법에서 선택한 정보통신망에 저장되거나 납부의무자가 지정한 전자우편주소에 입력된 때에 납입고지 또는 독촉의 효력이 발생합니다.
3. 건강보험 공무원·교직원 사업장은 전자고지 신청 시 사업장관리번호가 동일한 회계코드 전체에 적용됩니다.

작성방법

1. ① 및 ⑥란에는 신청하려는 고지의 종류에 따라 납입고지 또는 독촉에 [√] 표시를 하고, 신규, 변경 또는 해지 중 해당 사항에 “[√]” 표시를 합니다.
2. ② 및 ⑦란에는 전자고지를 신청하려는 가입자의 성명 및 연락처를 적습니다[사업장인 경우 사용자(사업주 또는 사업장대표)의 성명 및 사업자등록번호 등을 적습니다].
 - ※ 신청사항 중에 건강보험료에 대한 전자고지가 포함되는 경우 일반사업장은 사업장관리번호(11자리) 또는 노무제공플랫폼 등록번호 및 단위사업장기호(3자리)를 적고, 공무원·교직원사업장은 사업장관리번호(11자리), 고지 차수(1자리)를 구분하여 적습니다.
3. ③ 및 ⑧란에는 전자고지를 받으려는 보험의 종류 중 해당되는 곳에 각각 “[√]” 표시를 합니다.
4. ④ 및 ⑨란에는 전자고지를 받으려는 방법에 각각 “[√]” 표시를 하고, 선택한 고지방법에 다음 각 목의 안내에 따라 적습니다.
 - 가. 전자우편으로 고지 받으려는 경우에는 전자우편주소를, 휴대전화로 고지 받으려는 경우에는 휴대전화번호를 적습니다. 휴대전화번호를 선택한 경우에는 반드시 다른 고지방법을 추가로 선택해야 합니다.
 - ※ 전자고지 받으려는 전자우편주소 또는 휴대전화번호가 ②·⑦의 가입자란에 적은 것과 동일한 경우에는 별도로 적지 않습니다.
 - 나. 전자문서교환시스템(EDI)으로 고지 받으려는 경우에는 “건강보험 Web EDI” 또는 “사회보험 EDI” 중 하나를 선택하여 적습니다.
 - 다. “그 밖의 방법”이란 「전자문서 및 전자거래 기본법」에 따른 공인전자문서중계자 중 국민건강보험공단이 지정한 자 등을 통해 고지받는 방법을 말합니다.
 - ※ “공인전자문서중계자”란 타인을 위하여 전자문서의 송신·수신 또는 중계를 하는 자로서 「전자문서 및 전자거래 기본법」 제31조의18에 따른 인증을 받은 자를 말합니다.
5. ⑤ 및 ⑩란에는 고지 받는 사람의 성명, 사업장 대표와의 관계, 세대주와의 관계 또는 연락처를 적습니다.
 - ※ “지역가입자 등 보험료”의 전자고지 관련 신청을 하는 경우에 가입자와 수신자가 동일하면 별도로 적지 않습니다.
6. 그 밖의 문의사항은 관할 지사나 국민건강보험공단 콜센터(1577-1000)로 문의하시기 바랍니다.

처리 절차

