

심사결정서

제 호

청구인 성명:

주민등록번호:

주 소:

대리인 성명:

주민등록번호:

주 소:

주문:

원 처분 요지:

심사청구 취지:

결정이유:

년 월 일

국민건강보험공단이사장

직인

※ 이 결정에 대하여 불복할 때에는 이 결정서를 받은 날부터 90일 이내에 보건복지부에 설치되어 있는
장기요양재심사위원회에 재심사청구하거나, 관할 법원에 행정소송을 제기할 수 있습니다.