건강보험 피부양자 신고 위임장

1. 위임인 (직장가입자)

성명		생년월일	
연락처		근무처	

2. 대리인

성명		생년월일	
연락처		위임인과의 관계	

3. 위임 내용

피부양자 성명	관계	신고 종류	비고

위임 기간		제출처	

위 대리인에게 위 건강보험 피부양자 신고 업무를 위임합니다.

20　　년　　월　　일

위임인 :　　(서명 또는 인)

대리인 :　　(서명 또는 인)

※ 필요 증빙서류와 대리 신고 가능 여부는 국민건강보험공단에 확인하십시오.

무료서식 다운로드