건강보험료 분할납부 신청서

1. 신청인

성명		생년월일	
가입자 구분		연락처	
주소			

2. 체납 내역

체납 기간		체납 총액	
고지서 번호		관할 지사	

3. 분할 납부 계획

회차	납부 예정일	납부 예정액	비고

4. 분할 납부를 요청하는 사정

한꺼번에 내기 어려운 사정을 사실대로 간단히 적으십시오.

위와 같이 건강보험료의 분할 납부를 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)

※ 승인 여부와 분할 횟수는 공단이 정합니다. 제출 방법과 증빙은 관할 지사에 확인하십시오.

무료서식 다운로드