건강보험료 환급 신청서

1. 가입자 정보

성명		생년월일	
주소			
연락처		가입자 구분	

2. 환급 요청 내용

대상 기간		환급 요청액	
환급 사유			

환급을 요청하게 된 경위를 사실 위주로 적으십시오.

3. 환급금 수령 계좌

은행명		예금주	
계좌번호			

위와 같이 건강보험료 환급을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)

※ 환급 여부와 금액은 공단의 산정에 따릅니다. 제출 방법과 필요 서류는 국민건강보험공단 안내를 확인하십시오.

무료서식 다운로드