

<작성 예시>- 파란색으로 표기한 정보만 기재하시면 됩니다. <Example> just write down blue out information.

지역가입자 계좌 자동이체 <input checked="" type="checkbox"/> 환급계좌 <input checked="" type="checkbox"/> 신청서									
납 부 자 번 호		건강보험				납부자명		김○○	
		국민연금							
주민등록번호		000000—0000000		연락처		자택:		휴대폰:	
주 소		(—)							
□ 전체 [<input checked="" type="checkbox"/> 건강·장기요양보험 □ 국민연금]									
자 동 이 체		신청내용		<input checked="" type="checkbox"/> 신규 □ 변경 □ 해지					
		금융기관명		00은행		계좌번호		000—000—000000	
		예금주		김○○		예금주주민번호		000000—000000 0	
						예금주전화번호		000—0000—000 0	
		적용시작(종료)월		2019년 7월		이체 희망일		<input type="checkbox"/> 익월 10일 <input checked="" type="checkbox"/> 25일 (선납 의무만 해당) <input type="checkbox"/> 말일 (시작월 7월, 이체희망일 '익월 10일' 경우 8월 10일 최초 출금됨)	
선택 기 재		가입자와의 관계		※ 대납 신청 시 작성해 주십시오. “상기 납부자의 보험료를 신청인(계좌명의인)이 대납하는 것에 동의합니다.” 동의함 <input type="checkbox"/> 신청인 (서명 또는 날인)					
		체납보험료이체		<input type="checkbox"/> 분할납부 <input type="checkbox"/> 최종월제외 <input type="checkbox"/> 단순체납: 년 월 ~ 년 월 (개월)		<input type="checkbox"/> 당월분 제외 (체납보험료만 자동이체 원할 경우 “☑”표시)			
※ 연체금 일괄계산 관련 자동이체 연체금은 출금일 기준으로 계산됩니다. ※ 자동이체 잔고부족으로 출금 안 된 미납보험료를 다음 출금예정일(D-2) 이전에 미리 납부하실 경우 연체금을 줄이실 수 있으니, 납부를 원하실 경우 고객센터(1577—1000) 또는 지사로 연락주시면 가상계좌 등 납부방법을 안내해드립니다. ※ 자동이체 청구일(출금일 전 2일)이후 가상계좌 등으로 납부 시 이중납부가 될 수 있으니 유의하시기 바랍니다. ※ 6개월 연속 전액 미이체 시 자동이체가 직권해지 될 수 있습니다. ※ 선납외국인은 납부기한(25일)에 정상적으로 출금되지 않으면 1회 재청구(10일) 후 사전 통보 없이 자동이체 직권해지 될 수 있습니다.									
환 급 계 좌		신청내용		<input checked="" type="checkbox"/> 신규 □ 변경 □ 해지					
		금융기관명				계좌번호			
		예금주				예금주주민번호			
※ 환급계좌를 신청하면 향후 발생하는 환급금은 환급계좌로 자동 입금됩니다. ※ 납부의무자 본인계좌만 신청가능하며, 환급계좌 예금주가 해당세대에서 상실되면 환급계좌도 직권 해지됩니다.									

[개인정보 수집 및 이용 동의]

- 수집 및 이용목적 : 자동이체 서비스의 원활한 제공 및 보험료 환급금 지급
- 수집항목(개인정보) : 필수항목(성명, 전화번호, 주소, 계좌정보)
- 보유 및 이용기간 : 전자금융거래법에 의거 자동이체 이용 종료 또는 해지 후 5년 / 환급계좌 해지 후 5년
- 신청고객은 개인정보 수집 및 이용을 거부할 권리가 있으며, 권리행사 시 자동이체 및 환급계좌 신청이 거부될 수 있습니다.

(개인정보) 동의함 ☒ 동의안함 ☐

※ 국민건강보험법 시행령 제81조에 따라 국민건강보험공단은 주민등록번호 처리가 가능합니다.

본인은 자동이체거래약관에 대한 설명을 충분히 이해하였으며, 자동이체를 신청한 때로부터 해지 신청할 때까지 금융거래정보(거래 금융기관명, 영업점명, 계좌번호, 주민등록번호 등)를 상기 거래금융기관에 제공하는 것과 위 정보 제공사실을 명의인에게 통지하지 않는 것에 대하여 약관과 ‘금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률’의 규정에 따라 동의하며 위와 같이 자동이체를 신청합니다.

신 청 일 : 2019년 7월 15일

신 청 인 : 김○○ (서명 또는 날인)

국민건강보험공단 이사장 귀하