

위임자 (납부의무자)	성명 (법인명)		주소	
	주민등록번호 (법인번호)		전화번호	
수임자 (위임받는 자)	성명		위임자와의 관계	
	주민등록번호 (법인번호)		전화번호	

구분	건강·요양	국민연금
납부자번호		
보험료 환급금		

상기의 보험료 환급금 지급신청에 관한 사항을 위임합니다.

20    년    월    일

위임자

(서명 또는 날인)

법인인감 날인

## 국민건강보험공단 이사장 귀하

### < 구비서류 >

1. 환급금신청서
2. 위임자와 수임자의 신분증 사본  
※ 위임자가 법인인 경우 법인인감증명서 및 대표자 신분증 사본
3. 기타
  - 인감증명서는 최근 3개월 이내 발급된 서류
  - 필요한 경우 추가 서류제출을 요구할 수 있음