

심사청구서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호		접수일		처리재기간 60일	
① 청구인 (처분을 받은 자)	성명			주민등록번호	
	주소 (전화번호:)				
② 처분의 요지	(처분을 한 분사무소:) (여백부족시 별지 사용)				
③ 처분이 있는 (도달한) 날	년 월 일				
④ 심사청구의 취지 및 이유	(여백부족시 별지 사용)				

「노인장기요양보험법」 제55조제1항 및 같은 법 시행규칙 제39조제1항에 따라 국민건강보험공단의 처분에 대하여 위와 같이 심사를 청구합니다.

년 월 일

청구인

성명: (서명 또는 인)

대리인

성명: (서명 또는 인)

주민등록번호:

청구인과의 관계:

주소:

전화번호:

국민건강보험공단 이사장 귀하

첨부서류	주장하는 사실을 증명할 수 있는 자료
------	----------------------

작성방법 및 유의사항

- ① 장기요양인정 및 등급, 장기요양급여, 부담이득, 장기요양급여비용, 장기요양보험료 등에 관하여 국민건강보험공단으로부터 처분을 받은 자의 성명, 주민등록번호, 주소를 적습니다(법인인 경우 법인명, 장기요양기관기호, 기관 주소를 적습니다).
- ② 심사청구의 대상이 되는 국민건강보험공단의 구체적 처분의 내용을 적습니다.
※ (처분을 한 분사무소:) : 해당 처분을 한 국민건강보험공단의 지역본부·지사명을 적습니다.
- ③ 국민건강보험공단의 처분통지를 받은 연월일을 적습니다.
- ④ 국민건강보험공단에 대하여 결정을 요구하는 사항과 심사청구를 하게 된 법률상 및 사실상의 근거가 되는 내용을 적습니다.

처 리 절 차

