장기요양 부정수급자 등 신고 취하서

※ 바탕색이 어두운 란은 취하인이 적지 않습니다.

접수연월일	접수번호	신고인 구분	
① 신청인 인적사항	성명	생년월일	전화번호
	주소		

② 피신고인 (신고대상)	성명	생년월일	전화번호
	주소		신고일자

③ 신고 취하사유	

④ 기타	

위와 같이 피신고인(신고대상)의 부정수급 등 행위 신고사실을 취하하며, 이와 관련하여 공단에 어떠한 이의도 제기하지 않을 것임을 확인합니다.

년 월 일

신청인 성명

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

기재요령

- ① 신고당사자만 취하할 수 있으며 취하 신청인의 성명, 생년월일, 전화번호, 주소를 적습니다.
- ② 신고했던 피신고인의 성명, 생년월일, 전화번호, 주소 및 신고일자를 적습니다.
- ③ 신고에 대하여 취하하게 된 경위 및 내용을 자세하게 적습니다.
- ④ 신고취하와 관련하여 참고할 사항이나 추가할 사항이 있을 경우 기재합니다.