

(앞쪽)

포상금 수령 포기 확인서(부당청구기관 신고인용)				
① 신청인 (신고인)	성 명		주민등록번호	
	주 소			
	전화번호			
② 신고접수번호			③ 통보서 수령일	
④ 피신고기관명			⑤ 기관기호	
⑥ 신고관련 환수금액		원	⑦ 포상금액	
⑧ 포기 사유				
상기 본인은 위와 같은 사유로 포상금 수령을 포기합니다.				
년 월 일				
신청인 (서명 또는 인)				
국민건강보험공단 이사장 귀하				

비고: 기재요령은 뒷면을 참고하시기 바랍니다.

(뒤쪽)

기 재 요 령

- ① : 포상금의 지급 신청 안내를 받은 신고인의 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호를 기재합니다.
- ② ~ ⑦ : 포상금 지급 신청 안내문에 명시된 신고접수번호, 해당 통보서를 수령한 날짜, 피신고기관명 및 기관기호, 신고관련 환수금액 및 포상금액을 기재하시기 바랍니다.
- ⑧ : 포상금 수령을 포기하는 사유를 기재합니다.

※ 「노인장기요양보험법 시행령」 제28조의3(민감정보 및 고유식별정보의 처리)에 따라 관련 법령 등에서 정하는 업무수행을 위해 신고인의 개인정보를 수집·이용할 수 있습니다.