



## 〈계좌 자동이체 거래 약관〉

**제1조(목적)** 이 약관은 계좌 자동이체의 방법으로 보험료를 납부하는 자와 국민건강보험공단(이하 “공단”)과의 절차 및 방법 등에 관한 구체적인 사항을 정하는 것을 목적으로 합니다.

**제2조(정의)** 이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

1. “보험료”란 「국민건강보험법」에 따른 보험료, 「국민연금법」에 따른 연금보험료, 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」에 따른 고용보험료·산업재해보상보험료, 「임금채권보장법」에 따른 부담금 및 「석면피해구제법」에 따른 부담금을 말합니다.
2. “합산자동이체”란 보험료를 각 보험별 구분 없이 총액으로 하여 신청인이 지정하는 계좌(이하 “출금계좌”라 한다)에서 자동이체 하는 것을 말하며, 신청인이 보험별 출금 우선순위를 지정할 수 있습니다.

**제3조(자동이체 신청)** ① 신청인은 자동이체를 원하는 **보험료의 납기일(이체 희망일을 매월 말일로 신청하는 경우에는 그 말일) 2일(토요일 및 공휴일 및 근로자의 날은 제외) 전까지 신청**하여야 합니다.

② 보험료를 각 보험별 구분 없이 총액으로 합산 자동이체 신청 시에도 제1항과 동일하게 적용하며, 합산자동이체의 출금 우선순위는 금융기관을 통하여 신청할 경우 지정할 수 없으나 공단 신청 시 우선순위 지정 또는 변경할 수 있습니다.

③ 신청인이 제1항, 제2항에 따라 신청한 경우에도 신청 내용이 사실과 달라 납기일에 자동이체가 되지 못한 경우에는 그 다음 달 보험료부터 자동이체 됩니다. 이 경우 자동이체 되지 못한 보험료에 대해서는 연체금이 발생합니다.

**제4조(출금시기)** ① 자동이체를 신청한 보험료는 **그 납기일에 출금**되며, **미출금 또는 일부 출금된 경우에는 그 달 25일, 다음 달 10일 및 25일에 재(再)출금**됩니다.

② 신청인은 **제1항에 불구하고 출금일을 자동이체 되는 보험료의 납부일이 속하는 달의 전달 말일로 정할 수 있습니다.** 이 경우 보험료는 신청인이 정한 해당 출금일에 선(先)출금되며, **미출금 또는 일부 출금된 경우에는 해당 보험료의 납기일, 그 달 25일, 다음 달 10일 및 25일에 재(再)출금**됩니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 국민건강보험법 제109조 제3항 및 제8항에 따른 국내에 체류하는 재외국민 또는 외국인의 건강보험료에 대한 자동이체는 그 납기일에 출금되며, 미출금 또는 일부 출금된 경우에는 다음 달 10일에 재(再)출금됩니다.

④ 제1항부터 제3항까지의 출금일이 토요일, 공휴일 또는 근로자의 날인 경우에는 그 다음 날 출금됩니다.

**제5조(출금)** ① 공단은 출금계좌에서 예금을 출금하는 때에는 신청인과 금융기관 사이의 예금약관이나 약정에 불구하고 예금청구서나 수표 없이 공단과 금융기관과 협의하여 정하는 자동계좌이체 처리절차에 따라 출금합니다.

② **출금계좌의 예금 잔액이 공단의 청구금액보다 부족한 경우에는 출금 가능 잔액 한도 내에서 출금**됩니다.

③ 합산자동이체를 신청한 사업장의 납부자번호에 국민건강보험, 국민연금보험, 고용보험 및 산업재해보상보험 중 종전 ‘합산고지’ 하는 보험 외의 다른 보험이 추가(적용)되어도 **합산고지가 유지되면** 공단은 증가된 보험의 보험료를 더하여 합산한 총액을 자동이체로 출금할 수 있습니다. 이 때 보험별 출금순위가 지정된 경우 공단은 추가되는 보험을 마지막 출금 순위로 지정하며, 여러 보험이 동시에 추가될 때는 건강, 연금, 고용, 산재보험 순으로 기존에 지정된 출금 우선순위 다음으로 출금순위를 순차적으로 지정하여 납부 처리합니다. 신청인이 출금 우선순위를 변경하려면 공단에 신청하여야 합니다.

**제6조(출금 기준)** 자동이체 금액은 **그 납기일 금융기관 영업시간 내에 해당 출금계좌에 입금된 예금에 한하며, 이체 시까지 잔액을 유지하여야 출금**됩니다.

**제7조(출금우선순위)** 출금일에 공단에서 청구한 보험료 외에 여러 종류의 자동이체 청구가 있는 경우 출금 우선순위는 해당 금융회사가 정하는 바에 따릅니다.

**제8조(과실 책임)** ① 출금계좌의 예금 잔액(자동대출 약정이 있을 경우에는 그 대출한도를 포함한다)이 납기일 현재 공단의 청구 금액보다 부족하거나 예금의 지급제한, 약정대출의 연체 등으로 대체납부가 불가능한 경우의 손해는 납부자 본인의 책임으로 합니다.

② 신청인이 자동이체 신청 시 신청한 내용이 사실과 달라 납기일에 자동이체가 되지 못한 경우의 책임은 납부자 본인의 책임으로 합니다.

**제9조(자동이체의 해지)** ① 신청인 또는 보험료의 납부의무자는 자동이체를 해지하려면 **해지 신청서를 제출**하여야 합니다.

② 자동이체되는 보험료의 납부의무자(납부의무자 외의 자의 계좌에서 자동 이체되는 경우에는 해당 계좌의 예금주를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)에게 책임 있는 사유로 제4조 제1항 및 제2항에 따른 자동이체는 **6개월(지역가입자), 3개월(사업장)**, 제4조 제3항에 따른 자동이체는 **2회(재외국민 또는 외국인) 이상** 자동이체가 되지 않으면 해당 자동이체는 공단이 납부의무자에게 별도의 통지 없이 직권으로 해지합니다.

③ 합산자동이체를 신청한 사업장의 납부자번호에 대하여 **합산 고지하는 보험이 없게 되는 경우** 합산자동이체를 별도의 통지 없이 공단이 직권으로 해지합니다. 이 경우 사업장이 자동이체를 원하면 공단에 자동이체를 다시 신청하여야 합니다.

④ 지역가입자 및 사업장이 **자격상실 시에는 상실일로부터 3개월째 되는 날의 1일**에 납부의무자에게 사전 통지 없이 자동이체는 공단이 직권으로 해지합니다.(단, 당월 보험료가 고지되어 있는 경우는 제외)

**제10조(정보의 제공)** ① 공단은 자동이체 업무처리를 위하여 금융결제원 및 해당 금융기관에 자동이체와 관련된 계좌정보(거래은행(금융기관)명, 지점명, 계좌번호, 예금주 주민등록번호 등)를 제공합니다.

② 공단은 민원상담 및 자동이체 신청(신규변경·해지) 접수업무의 처리를 위하여 제1항에 따른 계좌정보 중 일부를 국민연금공단 및 근로복지공단에 제공합니다.

**제11조(약관의 변경)** 공단은 약관을 변경하려면 30일 동안 이를 공단 홈페이지에 게시하여야 하며, 신청인 또는 납부의무자가 그에 대하여 이의가 있으면 해당 게시 기간 내에 공단에 이의를 제기하여야 합니다. 이 경우 해당 게시 기간 내에 이의 제기가 없으면 해당 개정 약관에 동의한 것으로 봅니다.

**제12조(다른 약관과의 관계)** ① 자동이체 거래에는 이 약관 외에도 전자금융거래 기본약관이 적용되며, 규정된 내용이 서로 다를 경우 이 약관의 규정이 우선합니다.

② 이 약관과 전자금융거래 기본약관에 정하지 않은 사항에 대하여는 다른 약정이 없으면 전자금융거래법 등 관계법령을 적용합니다.

<영어 계좌 자동이체 신청서 작성 견본>

■ This is an application form for automatic transfer service. ※ Application by a personal (mobile) account number is not available.

Application for the Self-Employed Insured's  Automatic Transfer Account  Refund Account

Payer Number	Health Insurance	12345678910		Payer's Name	Kim health
	National Pension				
Alien Registration Number	123456-1234567	Contact	Home:	Mobile: 010-1234-1234	
Address		상원노 원수시 선상로 32, 8층			
<input type="checkbox"/> All <input checked="" type="checkbox"/> Health-Long-term Care Insurance <input type="checkbox"/> National Pension					

Application Type	<input checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change <input type="checkbox"/> Cancellation				
Financial Institution Name	NH농협	Account Number	1234-1234-123-12		
Account Holder's Name	Kim health	Alien (Resident) Registration Number of Account Holder	123456-1234567	Contact Number of Account Holder	010-1234-1234
Start (End) Month	2021.04	Desired Transfer Date	Health Insurance	<input checked="" type="checkbox"/> 25 <sup>th</sup> (Due date for prepaid foreigner's insurance contribution)	
			National Pension	<input type="checkbox"/> 10 <sup>th</sup> of the Following Month <input type="checkbox"/> End of the Month	
Optional Entry	Relationship with the Insured	<b>본인</b> ※ Please fill in if you're paying contribution for the insured. "I hereby agree to pay the contribution of the above payer by proxy." Agree <input type="checkbox"/> Applicant(Account holder) (Signature or Seal)			
	Transfer of Defaulted Contribution	<input type="checkbox"/> Installment Payment <input type="checkbox"/> Simple Default: mm yyyy ~ mm yyyy ( months)		<input type="checkbox"/> Excluding Current Month (Mark "☑" if you want automatic transfer only for the defaulted contribution.)	

※ The arrears for automatic transfer shall be calculated on a daily basis upon the date of withdrawal.  
 ※ In case your insurance contribution is not fully paid due to insufficient balance, you can reduce arrears by paying in prior to the next scheduled withdrawal date (D-2). Please contact the customer center (1577-1000) or branch office for more information on payment methods.  
 ※ Please note the payment via virtual account, etc. after the automatic transfer billing date (2 days before withdrawal date) may result in double payment.  
 ※ In case of prepaid foreigner insurance contribution, the automatic transfer may be cancelled by authority without notice after the withdrawal failure on regular withdrawal date (25<sup>th</sup>) and 1 follow-up rebilling(10<sup>th</sup>).

Same as Automatic Transfer Account <input type="checkbox"/>	Application Type	<input checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change <input type="checkbox"/> Cancellation				
	Financial Institution Name	NH농협	Account Number	1234-1234-123-12		
	Account Holder's Name	Kim health	Alien Registration Number of Account Holder	123456-1234567	Contact Number of Account Holder	010-1234-1234

※ If you apply for a refund account, future refunds shall be automatically deposited to your refund account.  
 ※ Only the account for the person liable for payment can be applied, and when the account holder of the refund account loses the eligibility from the relevant household, the refund account is also cancelled by authority.

[Agreement on Personal Information Collection and Utilization]  
 - Purpose of Collection and Utilization: Provision of seamless automatic transfer and contribution refund service  
 - Collected Items (Personal Information): Required items (name, contact number, address, and account information)  
 - Retention and Utilization Period: 5 years after the termination or cancellation of the automatic transfer service / 5 years after the termination of the refund account in accordance with the Electronic Financial Transactions Act  
 - The applicant has the right to refuse the collection and utilization of personal information, and in such a case, the application for automatic transfer service and refund account may be declined.  
 (Personal Information Collection and Utilization) Agree  Do Not Agree

※ The National Health Insurance Service is able to process personal identification information in accordance with Article 81 of the Enforcement Decree of the National Health Insurance Act.

I hereby apply for the automatic transfer with full understanding on the explained terms and conditions of the automatic transfer. I agree to the provision of financial transaction information (name of transacting financial institution, branch name, account number, alien (resident) registration number, etc.) to the above transacting financial institution from the time of automatic transfer application to its cancellation, and the non-notification to the account holder concerning the provision of the above information in accordance with the terms and conditions and the regulations of the "Act on Real Name Financial Transactions and Confidentiality."

Application Date: 2021. 03. 15.  
 Applicant: Kim health (Signature or Seal)  
 To the Chairman of the National Health Insurance Service

地区投保人 帐户自动转账  退款帐户  申请书

缴纳者编号	健康保险	12345678910		缴纳者名	Kim health
	国民年金				
外国人身份证号码	123456-1234567	联系方式	住宅:	手机: 010-1234-1234	
地 址	강원도 원주시 건강로 32, 8층				

全选 ( 健康·长期疗养保险 国民年金 )

申请内容	<input checked="" type="checkbox"/> 新建 <input type="checkbox"/> 变更 <input type="checkbox"/> 解除				
金融机构名称	NH 농협	帐号	1234-1234-123-12		
帐户持有人	Kim health	帐户持有人外国人 (居民) 身份证号码	123456-1234567	帐户持有人 电话号码	010-1234-1234
适用开始 (结束) 月	2021.04 月	希望转账日期	健康保险	<input checked="" type="checkbox"/> 25 日 (预付外国人保险费截止日期)	
			国民年金	<input type="checkbox"/> 下月 10 日 <input type="checkbox"/> 月末	
选择性填写	与投保人的关系	본인 ※申请代缴时填写 “以上缴纳者的保险费, 申请人 (帐户持有人) 同意代缴。” 同意 <input type="checkbox"/> 申请人 (签名或盖章)			
	滞纳金转账	<input type="checkbox"/> 分期缴纳 <input type="checkbox"/> 不分期缴纳 年 月 ~ 年 月 ( 个月)			<input type="checkbox"/> 当月除外 (如果您只想自动转账滞纳金请标记“ <input checked="" type="checkbox"/> ”)

※滞纳金日结算相关的自动转账滞纳金按付款日计算。

※由于自动转账余额不足而未付款的滞纳金, 如果在下一个付款日 (D-2)之前提前缴纳保险费, 可以减少滞纳金; 如果您想要缴纳, 请与客服中心 (1577-1000) 或分公司联系, 他们会告知您虚拟账户等缴纳方法。

※在自动转账缴费日 (支取日之前 2 天) 之后, 通过虚拟账户等缴纳时, 有可能出现重复缴纳, 请注意。

※预付外国人健康保险费如果在缴纳期限 (25 日) 内无法正常提款, 则有可能在再次提款 (10 日) 后解除自动转账的职权, 望提前周知。

与自动转账帐户相同 <input type="checkbox"/>	申请内容	<input checked="" type="checkbox"/> 新建 <input type="checkbox"/> 变更 <input type="checkbox"/> 解除			
	金融机构名称	NH 농협	帐号	1234-1234-123-12	
	帐户持有人	Kim health	帐户持有人外国人 (居民) 身份证号码	123456-1234567	帐户持有人 电话号码 010-1234-1234

※如果申请退款帐户, 以后发生的退款金额会自动存入退款帐户

※只能申请缴纳义务人本人的帐户, 如果退款帐户的存款人不在相应户口里, 那么退款帐户也会被解除职权

【同意收集及使用个人信息】

- 收集及使用目的: 为了更好的提供自动转账服务以及支付保险费退款。
- 收集项目 (个人信息): 必要项目 (姓名, 电话, 地址, 帐户信息)。
- 保留及使用期限: 根据电子金融交易法在自动转账适用结束或者解除之后 5 年/退款帐户解除后 5 年。
- 申请客户保有拒绝个人信息收集及使用的权利, 并且在权利行使的时候可以拒绝自动转账以及申请退款帐户。

(个人信息) 同意  不同意

※根据国民健康保险法执行令第 81 条款规定国民健康保险公团可以处理固有识别信息

本人已充分了解自动转账交易条款说明, 并且自申请自动转账起至申请解除为止提供上述金额交易信息 (交易金融机构名称, 营业点名称, 帐号, 外国人 (居民) 身份证号码等) 以及依照条款和《关于金融实名交易及保密的法律》的规定, 同意不向名义人提供上述信息并申请上述自动转账。

申请日: 2021 年 03 月 15 日

申请人: Kim health (签名或盖章)

国民健康保险公团 理事长 贵下



## 〈기재요령〉

- 인적사항의 “성명”, “주민등록번호”, “주소”는 주민등록표등(초)본의 “성명” 및 “주민등록번호”, “주소”로서 공단에 신고 된 사항을 기재하십시오.
- 각 보험별로 신청사항이 다르니 해당보험 기재란에 정확히 기재합니다.
- “적용시작월”은 신용카드 자동이체 시작을 희망하는 보험료의 고지월을 기재하여 주시기 바랍니다.
- ‘개인정보 수집 및 이용 동의’ 내용을 정확히 읽으시고, 신용카드 자동이체 원할 경우 반드시 ‘동의함’에 “☑” 표시해 주십시오.
- 기타 작성시 의문사항은 관할지사나 국민건강보험공단 고객센터 1577-1000번으로 문의하십시오.

## 〈신용카드 자동이체 거래 약관〉

**제1조(목적)** 이 약관은 신용카드 자동이체의 방법으로 사회 보험료를 납부하는 절차 및 방법 등에 관한 구체적인 사항을 정하는 것을 목적으로 합니다.

**제2조(정의)** 이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

1. “보험료”란 「국민건강보험법」에 따른 보험료, 「국민연금법」에 따른 연금보험료, 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」에 따른 고용보험료·산업재해보상보험료, 「임금채권보장법」에 따른 부담금 및 「석면피해구제법」에 따른 부담금을 말합니다.
2. “신용카드자동이체”란 관계법령에 따라 보험료납부대행기관과 계약한 신용카드사 자신의 회원이 납부하여야 하는 보험료를 공단의 청구에 따라 지급하고 보험료 납부의무를 부담하는 해당 회원은 보험료납부대행기관과 신용카드사가 약정한 날에 공단에 지급한 금액과 납부자가 부담하는 **납부대행수수료를 포함하여 결제하는 것을** 말합니다.
3. “보험료납부대행기관”이란 국민건강보험법 제79조의2 및 같은 법 시행령 46조의4에 의하여 신용카드, 직불카드 등으로 납부할 경우 보험료의 납부를 대행할 수 있도록 법령에서 정한 금융결제원 또는 공단이 지정하는 기관을 말합니다.
4. “신청인”이란 신용카드자동이체의 방법으로 보험료를 납부하기 위하여 공단에 해당 내용을 신청하는 자를 말합니다.
5. “합산자동이체”란 보험료를 각 보험별 구분 없이 총액으로 자동이체 하는 것으로 해당 회원이 지정한 신용카드에서 보험료(납부자가 부담하는 납부대행수수료 포함)로 결제하는 것을 말하며, 신용카드는 합산보험의 결제순서 지정이 없습니다.

**제3조(자동이체 신청대상 및 효력)** 공단에 자동이체를 신청한 것은 보험별 납부자번호에 대한 자동이체를 신청한 것으로 자동이체 신청한 납부자번호에 자격취득 및 상실, 보험료 정산 등으로 보험료의 변동 등이 발생된 경우 신청인이 자동이체 해지 및 변경신청을 하지 않으면 자동이체의 효력은 계속 유지됩니다.

**제4조(신용카드자동이체 신청)** ① 신청인은 자동이체를 원하는 **보험료의 납기일**(이체 희망일을 매월 말일로 신청하는 경우에는 그 말일) **2일**(토요일 및 공휴일 및 근로자의 날은 제외) **전까지 신청하여야 합니다.**

② 보험료를 각 보험별 구분 없이 총액으로 합산 자동이체 신청 시에도 제1항과 동일하게 적용합니다.

③ 신청인이 제1항, 제2항에 따라 신청한 경우에도 신청 내용이 사실과 달라 납기일에 자동이체가 되지 못한 경우에는 그 다음 달 보험료부터 자동이체 됩니다. 이 경우 자동이체 되지 못한 보험료에 대해서는 연체금이 발생합니다.

**제5조(신용카드자동이체 시기 등)** ① 공단이 지급을 청구한 후 보험료납부대행기관이 공단과 체결한 계약 내용에 따라 신용카드사가 해당 회원의 보험료를 지급하면 그 보험료의 납기일(토요일 또는 공휴일인 경우에는 그 다음 날)에 지급한 것으로 봅니다.

② 자동이체를 신청한 보험료는 그 **납기일에 승인되며, 미승인된 경우에는 그 달 25일에 재(再)승인됩니다.**

③ 신청인은 **제2항에도 불구하고 승인되는 날을 자동이체하는 보험료의 납부일이 속하는 달의 전달 말일로 정할 수 있습니다.** 이 경우 보험료는 신청인이 정한 말일에 승인되며 **미승인된 경우에는 해당 보험료의 납기일, 그 달 25일(보험료 및 그 날까지 발생하는 연체금 포함 청구)에 재(再)승인됩니다.**

④ 제3항에도 불구하고 **납기일에 미승인된 보험료에 한하여** 공단이 말일청구 자료를 생성 하는 날이 재승인하는 날과 겹치는 경우 및 공단이 말일 청구 자료를 생성하는 시간까지 재승인하는 보험료가 납부되지 않은 경우에 재승인일이 속하는 말일 자동이체의 청구 및 승인이 생략됩니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 국민건강보험법 제109조 제3항 및 제8항에 따른 국내에 체류하는 재외국민 또는 외국인의 건강보험료에 대한 자동이체는 그 납기일에 승인되며, 미승인된 경우에는 다음 달 10일에 재(再)승인됩니다.

⑥ 제2항부터 제5항까지 승인(재승인) 되는 날이 토요일, 공휴일 또는 근로자의 날인 경우에는 그 다음 날 승인됩니다.

⑦ 합산자동이체를 신청한 사업장의 납부자번호에 국민건강보험, 국민연금보험, 고용보험 및 산업재해보상보험 중 종전 ‘합산고지’ 하는 보험 외의 다른 보험이 추가(적용)되어도 **합산고지가 유지되면** 공단은 증가된 보험의 보험료를 더하여 합산한 총액(납부대행수수료 포함)으로 신용카드사에 지급 청구(승인요청)할 수 있습니다.

**제6조(신용카드자동이체 자동연계)** 신청인이 신용카드자동이체 신청 후 분실, 훼손 또는 유효기간 연장 등으로 인하여 신용카드를 재발급 받거나 신규로 발급 받는 경우 본 신용카드자동이체 신청의 효력은 신청인과 신용카드업자와의 계약 내용에 따라 해당 재발급 또는 신규발급 카드로 자동연계 됩니다.

**제7조(과실 책임)** ① 본 신용카드자동이체 신청에 대하여 분쟁이 발생하는 경우 공단의 귀책사유가 없는 한 신청인의 책임으로 합니다.

② 보험료납부대행기관이 공단의 청구에 대하여 승인하지 않아 보험료에 해당하는 금액이 지급되지 않으면 그에 따른 연체금이 발생합니다.

③ **보험료납부대행기관에 지급된 납부대행수수료는 보험료 정산 등으로 보험료 과오납 환급금이 발생되어도 환급되지 않습니다.**

**제8조(신용카드자동이체의 변경 및 해지)** ① 신청인은 종전에 공단에 신청한 신용카드자동이체에 관한 내용에 변경이 있는 경우 신용카드자동이체 대상 보험료의 납기일 2일(토요일 및 공휴일은 제외) 전까지 공단에 변경신청을 하여야 합니다. 이 경우 공단의 사정에 따라 그 신고 기한이 변경될 수 있습니다.

② 신청인 또는 보험료의 납부의무자는 신용카드자동이체를 해지하려면 공단이 정하는 해지신청서를 제출하여야 합니다.

③ 신청인의 자격변동으로 납부의무가 성립하지 않는 경우에도 자동이체 해지신청을 하지 않으면 자동이체는 유지됩니다.

**제9조(공단의 신용카드자동이체의 직권해지)** ① 신용카드 한도 초과 등으로 신용카드업자가 공단에 보험료를 지급하지 않으면 해당 월 1회 재청구(25일, 제5조 제5항에 따른 재외국민 또는 외국인의 경우 10일) 이후 미납 시 납부의무자에게 사전 통지 없이 자동이체는 즉시 해지가 가능합니다.

② 지역가입자 및 사업장이 자격상실 시에는 상실일로부터 3개월째 되는 날의 1일에 납부의무자에게 사전 통지 없이 자동이체는 공단이 직권으로 해지합니다.(단, 당월 보험료가 고지되어 있는 경우는 제외)

③ 합산자동이체를 신청한 사업장의 납부자번호에 대하여 **합산 고지하는 보험이 없게 되는 경우** 합산자동이체를 별도의 통지 없이 **공단이 직권으로 해지합니다.** 이 경우 사업장이 자동이체를 원하면 공단에 자동이체를 다시 신청하여야 합니다.

**제10조(정보의 제공)** 공단은 자동이체 업무처리를 위하여 보험료납부대행기관 및 해당 신용카드업자에게 신용카드 자동이체와 관련된 카드정보(신용카드업자명, 카드번호 등)를 제공합니다.

**제11조(약관의 변경)** 공단은 약관을 변경하려면 30일 동안 이를 공단 홈페이지에 게시하여야 하며, 신청인은 그에 대하여이의가 있으면 해당 게시 기간 내에 공단에 이의를 제기하여야 합니다. 이 경우 해당 게시 기간 내에 이의 제기가 없으면 해당 개정 약관에 동의한 것으로 봅니다.

<영어 신용카드 자동이체 신청서 작성 견본>

■ This is an automatic payment application form for foreigners.

Application of Credit Card Automatic Payment for the Self-Employed  
(This application must be personally prepared by the cardholder.)

Payer Number	Health Insurance	12345678910		Payer's Name	Kim health	
	National Pension					
Alien Registration Number	123456-1234567		Contact	Home:	Mobile: 010-1234-1234	
Address		강원도 원주시 건강로 32, 8층				
<input type="checkbox"/> All( <input checked="" type="checkbox"/> Health-Long-term Care Insurance <input type="checkbox"/> National Pension )						
Application Type		<input checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change <input type="checkbox"/> Cancellation				
Card Company Name	BC카드	Card Number	1234-1234-1234-1234		Expiration Date	12/21
Cardholder's Name	Kim health	Alien (Resident) Registration Number of Cardholder	123456-1234567		Contact Number of Cardholder	010-1234-1234
Start (End) Month	2021.04	Desired Transfer Date	Health Insurance	<input checked="" type="checkbox"/> 25 <sup>th</sup> (Due date for prepaid foreigner's insurance contribution)		
			National Pension	<input type="checkbox"/> 10 <sup>th</sup> of the Following Month <input type="checkbox"/> End of the Month		
Optional Entry	Relationship with the Insured	본인	※ Please fill in if you're paying contribution for the insured. "I hereby agree to pay the contribution of the above payer by proxy." Agree <input type="checkbox"/> Applicant(Cardholder) (Signature or Seal)			
	Payment of Defaulted Contribution	<input type="checkbox"/> Installment Payment <input type="checkbox"/> Simple Default: mm yyyy ~ mm yyyy ( months)		<input type="checkbox"/> Excluding Current Month (Mark "☑" if you want automatic payment only for the defaulted contribution.)		

- ※ Please note the payment via virtual account, etc. after the automatic payment billing date (2 days before approval date) may result in double payment.
- ※ In case of prepaid foreigner insurance contribution, the credit card automatic payment may be cancelled by authority without notice after the approval failure on regular approval date (25<sup>th</sup>) and 1 follow-up rebilling(10<sup>th</sup>).
- ※ Once the payment is approved by the card company, it cannot be cancelled.
- ※ Corporate credit card is not available for automatic payment application.

[Confirmation of Payer's Liability of Payment Agency Fee on Credit Card Automatic Payment]

The payment agency fee (0.8% of payment amount, 0.5% for debit card) incurred during credit card automatic payment must be paid by the payer (cardholder) in accordance with Article 79-2(Payment of Contribution, etc. by Credit Cards, etc.) of the National Health Insurance Act and Article 90-3 of the National Pensions Act.

※ The incurred payment agency fee is not refundable even if refund for insurance contribution occurs due to contribution settlement, etc.

(Payer's Liability of Agency Fee on Credit Card Automatic Payment) Confirm

[Agreement on Personal Information Collection and Utilization]

- Purpose of Collection and Utilization: Provision of seamless automatic payment service
- Collected Items (Personal Information): Required items (name, contact number, address, and card information)
- Retention and Utilization Period: 5 years after the termination or cancellation of the automatic payment service in accordance with the Electronic Financial Transactions Act

- The applicant has the right to refuse the collection and utilization of personal information, and in such a case, the application for automatic payment may be declined.

(Personal Information Collection and Utilization) Agree  Do Not Agree

※ The National Health Insurance Service is able to process personal identification information in accordance with Article 81 of the Enforcement Decree of the National Health Insurance Act.

I hereby apply for the automatic transfer with full understanding on the explained terms and conditions of the automatic transfer. I agree to the provision of financial transaction information (name of transacting financial institution, branch name, account number, alien (resident) registration number, etc.) to the above transacting financial institution from the time of automatic transfer application to its cancellation, and the non-notification to the account holder concerning the provision of the above information in accordance with the terms and conditions and the regulations of the "Act on Real Name Financial Transactions and Confidentiality."

Application Date: 2021. 03. 15.

Applicant: Kim health (Signature or Seal)

To the Chairman of the National Health Insurance Service

<Tips>

- Fill in the "Payer's Name," "Alien Registration Number," "Contact" and "Address" of the person liable for payment.
- As the application details are different based on insurance, enter accurate information in the relevant insurance line.
- After marking "☑" in the "Application Info," enter the "Card Company Name," "Card Number," "Expiration Date," "Cardholder," and "Alien (Resident) Registration Number of Cardholder" accurately.
- For the "Start Month," enter the desired month in which the automatic payment is to start.
- "Payment of Defaulted Contribution" and "Relationship with the insured" are optional. Please check if they are relevant before entering.
- Please read the contents of the "Agreement on Personal Information Collection and Utilization" carefully and make sure to mark "☑" in the "Agree" box if you want the automatic payment service.
- For other questions regarding the application, please contact the relevant branch office or the National Health Insurance Service customer center 1577-1000.

■外国人专用自动转账的申请书格式

地区投保人 信用卡自动转账 申请书

(本申请书必须信用卡持卡人本人填写)

缴纳者编号	健康保险 12345678910	缴纳者名	Kim health		
	国民年金				
外国人身份证号码	123456-1234567	联系方式	住宅:	手机: 010-1234-1234	
地 址	강원도 원주시 건강로 32, 8층				
□全选 ( <input checked="" type="checkbox"/> 健康·长期疗养保险 □ 国民年金 )					
申请内容	<input checked="" type="checkbox"/> 新建		□ 变更 □ 解除		
信用卡名称	NH 농협	信用卡号	1234-1234-123-12	信用卡有效期限	03/21
信用卡持卡人	Kim health	信用卡持卡人外国人 (居民) 身份证号码	123456- 1234567	信用卡持卡人 电话号码	010-1234-1234
适用开始 (结束) 月	2021.04 月	希望转账日期	健康保险	<input checked="" type="checkbox"/> 25 日 (预付外国人保险费截止日期)	
			国民年金	□ 下月 10 日 □ 月末	
选择性 填写	与投保人的关系	본인	※申请代缴时填写 “以上缴纳者的保险费, 申请人(信用卡持卡人)同意代缴。” 同意 <input type="checkbox"/> 申请人 (签名或盖章)		
	滞纳保险费转账	□ 分期缴纳 □ 不分期缴纳 年 月 ~ 年 月 ( 个月)		□ 当月除外 (如果您只想自动转账滞纳保险费 请标记“ <input checked="" type="checkbox"/> ”)	

※在自动转账缴费日(支取日之前2天)之后,通过虚拟账户等缴纳时,有可能出现重复缴纳,请注意。

※预付外国人健康保险费如果在缴纳期限(25日)内无法正常提款,则有可能在再次提款(10日)后解除自动转账的职权,望提前周知。

※不能取消信用卡公司认可的详细内容。※不能用法年卡申请自动转账

【信用卡自动转账代缴手续费缴纳者负担确认】

根据《国民健康保险法》第79条第2节《国民养老金》第90条第3节(信用卡等缴纳的保险费等),在信用(借记)卡自动转账时产生的代缴手续费(缴纳金额的0.8%(0.5%))应由缴纳者(信用卡持卡人)负担。”

※即使因保险费结算而退还保险费透支时,也不会退还代缴手续费

(代缴手续费由缴纳者本人负担) 确认

【同意收集及使用个人信息】

- 收集及使用目的: 为了更好的提供自动转账服务以及支付保险费退款。
- 收集项目(个人信息): 必要项目(姓名,电话,地址,帐户信息)。
- 保留及使用期限: 根据电子金融交易法在自动转账使用结束或者解除之后5年/退款帐户解除后5年。
- 申请客户保有拒绝个人信息收集及使用的权利,并且在权利行使的时候可以拒绝自动转账以及申请退款帐户。

(个人信息) 同意  不同意

※根据国民健康保险法执行令第81条款规定国民健康保险公团可以处理固有识别信息

本人已充分了解自动转账交易条款说明,并且自申请自动转账起至申请解除为止提供上述金额交易信息(交易金融机构名称,营业点名称,帐号,外国人(居民)身份证号码等)以及依照条款和《关于金融实名交易及保密的法律》的规定,同意不向名义人提供上述信息并申请上述自动转账。

申请日: 2021 年 03 月 15 日  
申请人: Kim health (签名或盖章)

国民健康保险公团 理事长 贵下

<填写要领>

- 请务必填写义务缴纳者的“缴纳者姓名”,“外国人身份证号码”,“联系方式”,“地址”。
- 由于各保险公司的申请事项不同,所以请务必正确的填写该保险的填写栏。
- “申请内容”中标记  正确填写“信用卡名称”,“信用卡号码”,“信用卡有效期限”,“信用卡持卡人”,“信用卡持卡人外国人(居民)身份证号码”。
- 在《适用开始月》内填写的是希望自动转账开始的保险费告知月。
- “滞纳金转账”与“投保人关系”是选择性填写,请确认是否有相关事项后再填写。
- 请准确的确认“个人信息收集及使用同意”内容,如果想要顺利的进行自动转账则请在勾选“”“同意复选框”。
- 填写其他选项时,如有疑问,请向管辖分公司或者国民健康保险公团客服中心 1577-1000 进行咨询。