







*해당란에 표기

<input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 재등록			
관리번호		접수일	
성명		전화번호	
주소			
질환명	<input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 복합(고혈압+당뇨병)		
상담가능시간 (09:00-18:00)			

희망하는 건강지원서비스 선택 *해당란에 표기

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					
문자발송 서비스	개별 건강상담	건강관리책자 제공(당뇨병)	건강관리책자 제공(고혈압)	교육서비스 (건강교실)	교육서비스 (자조모임)

위와 같이 건강지원서비스를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

기타 안내 및
유의사항

- ※ 교육서비스 일정은 지사 여건에 따라 다를 수 있으니, 확인하시기 바랍니다.
- ※ 건강보험자격 상실자 또는 급여정지자임이 확인된 경우, 등록대상에서 제외됩니다.
- ※ 상담 가능 시간은 평일 09:00~18:00 중 선택 가능합니다.