

응급대지급체납금 납부이행각서

- 채 무 자: (응급접수번호:)
- 주 소:
- 체 납 액: 원

상기 응급의료비대지급 체납액 _____원에 대하여
____년 ____월 ____일까지 매월 아래와 같이 분할납부할 것을
약속하며, 미이행 시 어떠한 처분에도 이의를 제기하지 않을 것임을
서약합니다.

- 아 래 -

1 개월차	원
2~__ 개월차	원

팩스) 033-811-7611

※3개월 이상 미납시 재압류 될 수 있음

20 . . .

채 무 자: (서 명)
주 민 번 호:

건강보험심사평가원장 귀하