

[별지 제1호서식]

국민건강보험공단

우 ○○○-○○○ 주소/
전화()○○○○-○○○○/ 전송()○○○○-○○○○
○○○○부 부 장 ○○○ 차 장 ○○○ 담당자 ○○○

건강보험자격확인통보서				
수신기관(자)명		자격확인요청일		
건강보험증번호 (사업장기호)		사업장명칭		
가입자 (세대주)	성명	주민등록(관리)번호		
자 격 확 인 내 역				
성명	주민등록번호	자격취득일	자격상실일	급여정지사유 및 기간
국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제3조제2항의 규정에 의하여 위와 같이 건강보험자격이 (있음, 없음)을 통보합니다.				
년 월 일				
국민건강보험공단이사장 [인]				

210mm×297mm

(신문용지 54g/m²(재활용품))