

(앞 쪽)

의료급여증기재사항변경통보서

※ 작성요령은 뒤쪽을 참조하십시오.

서 식 번 호						의료급여증기재사항변경통보서																								
①보 장 기 관 기 호																														
②보 장 기 관 명																														
④읍면동(시설기관)기호																														
③읍면동(시설기관)명																														
일 련 번 호	세 대 주				변 경 수 급 권 자																									
					변경전 수급권자 자격기준사항												변경사항													
						⑤주민등록번호				⑥성명		⑦주민등록번호				⑧성명		⑨취득일자				⑩상실일자				⑪변경 사 유		⑫ 변경전		⑬ 변경후
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														

수급권자 자격변경사항을 위와 같이 통보합니다.

년 월 일

(시장·군수·구청장) 인

국민건강보험공단이사장 귀하

297mm×210mm

(일반용지 60g/m²(재활용품))

의료급여증기재사항변경통보서 작성요령

①·② : 보장기관(시·군·구)의 기관기호(7자리)와 명칭을 기재합니다.

③·④ : 읍·면·동 또는 시설기관의 명칭과 기호(7자리, 시설기관은 4자리)를 기재합니다.

⑤·⑥ : 세대주의 주민등록번호와 성명을 기재합니다.

⑦·⑧ : 변경수급권자의 주민등록번호와 성명을 기재합니다.

⑨·⑩ : 변경수급권자의 취득일과 상실일을 기재합니다.

⑪ : 변경인 경우 변경사유기호를 기재합니다.

[변경사유기호] 보장기관 : 01, 시설기관 : 02, 종별 및 유형변경 : 03, 세대주변경 : 04, 성명 : 11,

주민등록번호 : 12, 세대주와의 관계 : 13, 장애등록일 : 14, 원격지 구분 : 15, 취득사유 : 21,

취득일 : 22, 취득 신고일 : 23, 상실사유 : 24, 상실일 : 25, 상실 신고일 : 26, 이력추가 : 31,

취득 취소 : 32, 상실 취소 : 33

⑫·⑬ : 변경전 내용과 변경후 내용을 기재합니다.