

[별지 제2호서식]<개정 1999.10.2>

의료보호대상자증명서 발급번호 :						
보 호 기 관 기 호			보 호 기 관 명		1종·2종	
세대주	성 명		보 호 종 별		1종·2종	
	주민등록번호		주 소			
	주 소		주 소			
부 양 가 족	성 명	세대주와의 관 계	주민등록번호	성 명	세대주와의 관 계	주민등록번호
	성 명	세대주와의 관 계	주민등록번호	성 명	세대주와의 관 계	주민등록번호
	성 명	세대주와의 관 계	주민등록번호	성 명	세대주와의 관 계	주민등록번호
	성 명	세대주와의 관 계	주민등록번호	성 명	세대주와의 관 계	주민등록번호
	성 명	세대주와의 관 계	주민등록번호	성 명	세대주와의 관 계	주민등록번호
위 사람은 의료보호법시행규칙 제5조제3항에 의한 보호대상임을 증명합니다. 년 월 일 시 장 군 수 인 구 청 장						

31312-33311 일

91.8.12 승인

182mm×257mm

인쇄용지(2급) 60g/m²