

서 식 번 호		KI		12								
①보 호 기 관 기호												
②보 호 기 관 명												
③읍 면 동(시설)명												
④읍면동(시설)기호												
의 료 보 호 대 상 자 격 상 실 통 보 서				처 리	접수일	조회 입력	확인					
세 대 주				취 득 대 상 자 내 역								
일련 번호	⑤ 종 별	⑥ 유 형	⑦주민등록번호	⑧성명	⑨상실 유형	⑩관계	⑪주민등록번호	⑫성명	⑬취득 사유	⑭취득일자	⑮상실 사유	<16>상실일자
1			-				-					
2			-				-					
3			-				-					
4			-				-					
5			-				-					
6			-				-					
7			-				-					
8			-				-					
9			-				-					
10			-				-					
의료보호대상자 자격상실자를 위와 같이 통보합니다.												
년 월 일												
(시장·군수·구청장)												
(인)												
국민건강보험공단 이사장 귀하												

의료보호대상 자격상실 통보서 작성요령

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

③~④ : 읍·면·동(시설)의 명칭과 읍·면·동(시설)의 기관기호(행정기관은 7자리, 시설은 4자리)를 기재합니다.

⑤~⑥ : 세대주의 의료보호 종별과 보호유형을 기재합니다.

⑦~⑧ : 세대주의 주민등록번호와 성명을 기재합니다.

⑨ : 상실대상자의 상실유형 기호를 기재합니다.

[상실유형 기호] 세대주(부양가족 포함) 상실 : 1, 세대주 제외 부양가족 상실 : 3

⑩ : 세대주와의 관계(세대주 포함)를 기재합니다.

⑪~⑫ : 상실대상자(세대주 포함)의 주민등록번호와 성명을 기재합니다.

사회복지시설 입소자중 주민등록불명자에 대하여는 취득시 이미 통보한 의료보호 시설입소자의 관리번호를 기재합니다.

무호적자 또는 주민등록불명자는 이미 부여한 전산관리번호를 기재합니다.

⑬~⑭ : 상실대상자의 취득사유와 취득일자를 기재합니다.

⑮~<16> : 상실사유 기호와 상실일(책정제외 익일)를 기재합니다.

[상실사유 기호] 소득향상 : 11, 전출(관외) : 12, 전출(관내이동) : 13, 사망 : 14, 출가 : 15, 이혼 : 16, 보호유형 변경 : 18, 이민(국적상실) : 21, 지역가입자로 변경 : 22, 직장가입자로 변경 : 23, 이재기간만료 : 24, 군입대 : 31, 시설수감 : 32, 해외체류 : 33