(앞 쪽)

※ 작성요령은 뒤쪽을 참조하십시오.

서 식 번 호		
①보장기관기호		
②보 장 기 관 명		
③읍면동(시설기관)명		
④읍면동(시설기관)기호		

의료급여증기재사항변경통보서

일	세 대 주		변경수급권자						
련	세 내 구		변경전 수급권자 자격기준사항				변경사항		
번	⑤주민등록번호 ⑥	⑤성명 	⑦주민등록번호	8성명 9취득일자	⑩상실일자	①변경 32.4			
호						사유	변경전 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.
- ⑤⑥ : 세대주의 .주민등록번호와 성명을 기재합니다.
- ⑦-⑧ : 변경수급권자의 주민등록번호와 성명을 기재합니다.
- ⑨⑩: 변경수급권자의 취득일과 상실일을 기재합니다.
- ① : 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

᠒⋅⅓ : 변경전 내용과 변경후 내용을 기재합니다.