

건강보험 직장가입자 자격

[ ] 취득취소

[ ] 상실취소

신고서

※ 해당 신고서는 건강보험만 해당되며 국민연금, 고용·산재보험은 해당 기관에 별도 서식으로 신고하시기 바랍니다.

사업장	사업장관리번호		명칭
	전화번호		FAX번호
	소재지 우편번호( )		

가입자 (근로자)	성명		주민등록번호(외국인등록번호·국내거소신고번호)
	취득일자	취득신고일자	전화번호
	상실일자	상실신고일자	휴대전화

취소사유 (상세히)			
---------------	--	--	--

위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신고인(대표자)

(서명 또는 인)

첨부서류	사용자 신고사실 내용에 근로자가 동의한다는 취지를 적은 서류(근로자 서명이 필요합니다.) ※ 다만, 취득·상실 신고일로부터 14일 이내 취득·상실취소 시 근로자확인서 생략 가능
참고사항	근로자 확인이 불가능 시 사용자가 향후 발생하는 민원 건에 대해 책임진다는 취지를 적은 서류로 대체 가능

국민건강보험공단 이사장 귀하