|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제9호서식] <개정 2022. 10. 26.> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **국민연금**  **건강보험**  **고용보험**  **산재보험** | | | | | | | | **[ ]사업장가입자 내용변경 신고서**  **[ ]직장가입자 내용변경 신고서**  **[ ]피보험자 내용변경 신고서**  **[ ]근로자 내용변경 신고서** | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 유의사항 및 작성방법은 뒷쪽을 참고하여 주시기 바라며, 색상이 어두운 란은 신고인이 적지 않습니다. | | | | | | | | | | | | | | | | | (앞쪽) | | | | | |
| 접수번호 | | |  | | | | 접수일 | |  | |  | | |  | | 처리기간 | | | | 3일 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 사업장 | | | 사업장관리번호 | | | | | | | | | | | 명칭 | | | | | | | | |
| 전화번호 | | | | | | | | | | | FAX번호 | | | | | | | | |
| 소 재 지  우편번호( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 보험사무  대행기관 | | | 번호 | | | | | | | | | | | 명칭 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 하수급인  관리번호 | | | ※ 건설공사 등의 미승인 하수급인의 경우만 해당함 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 일련번호 | | 성명 | | | | | 주민등록번호  (외국인등록번호ㆍ  국내거소신고번호) | | | | 변경 내용 | | | | | | | | | | | |
| 연월일  (YYYY.MM.DD) | | | 부호 | 변경 전 | | | | | 변경 후 | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | |  |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | |  |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | |  |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | |  |  | | | | |  | | |
| [내용변경부호]: 1.성명 2.주민(외국인)등록번호 · 국내거소신고번호 3.특수직종근로자 해당 여부(국민연금만 해당) 4.자격취득일자(국민연금·건강보험만 해당) 5.자활근로종사자의 보장자격[생계급여 수급자 ⇔ 급여특례 · 차상위 계층, 주거급여 · 의료급여 또는 교육급여 수급자] (고용보험만 해당) 6. 휴직 종료일 (고용산재만 해당) 7. 자격상실일자 (국민연금·건강보험만 해당)  ※건강보험 자격상실일을 변경할 경우 “직장가입자 보험료 정산내역 착오자 변경 신청서”를 별도 해당  기관으로 신고하시기 바랍니다. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 위와 같이 신고합니다. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 년 월 일 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 신고인(대표자) | | | | | | | | | | | | | | (서명 또는 인) | | | | | | | | |
| [ ]보험사무대행기관 | | | | | | | | | | | | | | (서명 또는 인) | | | | | | | | |
| 국민연금공단 이사장ㆍ국민건강보험공단 이사장ㆍ 근로복지공단 ○○지역본부(지사)장 귀하 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (뒤쪽) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 유의사항 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 근무내용 변경이 있을 경우 건강보험은 “직장가입자(근무처ㆍ근무내용)변동신고서”를, 고용ㆍ산재보험은 “피보험자 전근신고서”를 별도  해당 공단 서식으로 신고하시기 바랍니다.  2. 건강보험증은 가입자 또는 피부양자가 신청하는 경우 발급됩니다. 신청은 가까운 지사를 방문하거나  고객센터(☎1577-1000), 홈페이지(www.nhis.or.kr), 모바일 앱 등을 통해 가능합니다. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 작성방법 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 가입자의 성명 및 주민등록번호(외국인등록번호ㆍ국내거소신고번호)란에는 주민등록표 등본 (외국인등록증 또는 국내거소신고증)상의 성명 및 주민등록번호, 외국인등록번호 또는 국내거소신고번호를 적습니다.  2. 변경 연월일 및 부호를 적습니다.  3. 변경 전 내용과 변경 후 내용을 적습니다. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 처리 절차 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | 신고서 작성 | | | **→** | | 접수 및 확인 | | **→** | | 신고서 처리 | | **→** | 자격 변경 확인 통지 | | | | **→** | 수령 | | |  |
|  | 신고인 | | |  |  | 국민연금공단 ㆍ 국민건강보험공단 ㆍ 근로복지공단 ㆍ 지방고용노동관서 | | | | | | | | | | |  |  | 신고인 | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |