|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | |
| 210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡] | | | | | |