

건강보험자격확인(통보)서

통보번호 :

수신기관명		자격확인요청일	
증 번호 (사업장기호)		사업장명칭	
가입자 (세대주)	성 명	주 민 등 록 번 호	

자 격 확 인 내 역

성 명	주민등록번호	자격취득일	자격상실일	급여정지사유및기간

위와같이 건강보험자격을 확인합니다.

20

국민건강보험공단 지 사 장 (직인)