

FORM NUMBER 서각번호

SERIES NUMBER 일련번호

AGENCY

사업장

CODE 기호

NAME 명칭

①

SERIES NO.

일련번호

②

NAME OF EMPLOYEE

성명

③

ROK ID CARD NO.

주민등록번호

④

REASON (Mark)

사유 (부호)

⑤

DATE OF LOSS

자격 상실 연월일

⑥

CONFIRMATION OF PAYMENT OF LAST PREMIUM

최종월 각출로 납부 확인

⑦

ACCOUNT NUMBER

급여 번호

REPORT OF LOSS OF ELIGIBILITY (A)

국민연금사업장가입자자격상실신고서 (갑)

TO:

CHAIRMAN
NATIONAL PENSION CORPORATION
국민연금관리공단 이사장 귀하

DATE OF REPORT

신고일자

REPORTER (Employer) NAME

신고자 (고용주) 성명

SEAL/SIGNATURE

(인)