[별지 제2호의2서식] <개정 2026. 10. 30.>

건강검진기관 현황 등 변경신고서

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

접수번호	접수일자	처리기간	15일

1. 건강검진기관 정보 변경사항

건강검진기관명	변경 전	(건강검진기관 기호 :)
	변경 후	(건강검진기관 기호 :)
개설자 (대표자)	변경 전	(생년월일 :)
	변경 후	(생년월일 :)
소 재 지	변경 전	(전화 :) □□□-□□□(팩스 :)
	변경 후	(전화 :) □□□-□□□(팩스 :)

※ "개설자(대표자)"란의 대표자는 법인의 대표자만 해당합니다.

2. 검진인력 변경사항

변경 사유	구 분	성 명	주민등록번호	면허증(자격증)		변 경 일
				종 별	번 호	
제외						년 월 일
신규						입사일 : 년 월 일 담당일 : 년 월 일

※ "구분"란에는 의사, 치과의사, 간호사, 간호조무사, 임상병리사, 방사선사로 구분하여 적습니다.

3. 검진시설 변경사항

진찰실	검진대기실	탈의실	진단의학검사실	방사선촬영실
㎡	㎡	㎡	㎡	㎡

※ 변경 후 면적을 적습니다.

4. 검진장비 및 암검진장비 변경사항

변경 사유	장비명	수량	모델명	제조번호 (방사선장비)	제조국명	구입 년도	제조 년도	변경일	비고 (차량탑재 시 차량번호 기재)
제외								년 월 일	
신규								년 월 일	

5. 출장검진 차량 변경사항

변경 사유	자동차등록번호	최초등록일 (연월일)	차종	용도	차명	연식	차대번호
		소유자 성명 (명칭)	소유자 주민(사업자)등록번호		소유자 주소(소재지)		검사유효기간 (연월일 ~ 연월일)
제외							
신규							

210㎜×297㎜[일반용지 70g/㎡(재활용품)]

6. 검체검사 위탁 및 장비 공동이용 변경사항(변경 후)

□ 검체검사 위탁	수탁기관명 (요양기관기호)	( )	위탁항목 (아래의 위탁항목 번호 기재)	(, ,)
		( )		(, ,)

※검체검사 위탁 항목(해당 항목에 "O" 표기)

1. 혈색소( ), 공복혈당( ), 총콜레스테롤( ), HDL콜레스테롤( ), 트리글리세라이드( ), AST(SGOT)( ), ALT(SGPT)( ), 감마지티피(γ-GTP)( ), 혈청 크레아티닌 검사( )
2. B형 간염표면항원( ), B형 간염표면항체( ), C형 간염항체 검사( )
3. 병리위조직검사( )
4. 혈청알파태아단백검사(간암) ( )
5. 대변잠혈반응검사( ), 병리대장조직검사( )
6. 자궁경부세포검사( )
7. 그 외 검체검사 위탁( ) ← *위탁 검사내용 기술*

□ 장비 공동이용	의료기관명 (요양기관 기호)	( )	대표자 성명	
		( )		

7. 공휴일 검진 변경사항(실시주기에 "○"로 표기)

실시 구분	공휴일 검진 실시(변경 후)									
	일반( )	위암( )	대장암( )	간암( )	유방암( )	자궁경부암( )	폐암( )	영유아( )	구강( )	학생( )
일요일	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )
일요일 이외	일반( )	위암( )	대장암( )	간암( )	유방암( )	자궁경부암( )	폐암( )	영유아( )	구강( )	학생( )

※ 공휴일은 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 제2조에 따른 공휴일을 의미합니다.

8. 행정업무 담당(검진예약, 접수, 청구 등) 변경사항(변경 후)

담당 부서		전화번호	
행정책임자 성명		담당자 성명	

9. 그 밖의 변경사항(실시주기 외 "O/X"로 표기)

항 목	종전	변경	항 목	종전	변경
임상정도관리협회 가입 여부			근무시간 이전 검진		
내부정도관리 실시 여부			자체 건강검진기관 (자체 사업장만 검진)		
내부정도관리 실시 주기	일	일	운전면허 적성검사 실시 여부		
자체 청구프로그램 사용기관					

「건강검진기본법 시행규칙」 제5조제6항에 따라 검진 인력 · 시설 · 장비 현황 등의 변경사항을 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신고인 건강검진기관장(인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

신고인 제출서류	1. 검진인력 자격과 채용관계 증명서류 1부 2. 진단용 방사선 발생장치 검사성적서, 방사선 방어시설 검사성적서, 진단용 방사선 발생장치 신고증명서, 사본 각 1부(해당하는 기관만 제출합니다) 3. 유방촬영용장치 또는 전산화단층촬영장치(CT)에 대한 특수의료장비 등록증명서 및 특수의료장비 품질관리 검사성적서 사본 각 1부(해당하는 기관만 제출합니다) 4. 교육수료증(영유아검진기관, 일반검진기관 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 건강검진을 실시하는 기관, 구강검진기관 또는 폐암검진기관의 지정을 신청하는 경우에만 제출합니다) 5. 「여신전문금융업법」에 따른 시설대여업자와 체결한 자동차 시설대여 계약서 사본 및 자동차등록증 사본 각 1부(자동차를 대여하여출장검진기관의 지정을 신청하는 경우만 제출합니다)	수수료 없 음
담당 공무원 확인 사항	자동차등록증(출장검진기관의 지정을 신청하는 경우로서 자동차를 소유한 경우만 해당합니다)	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신고인 (서명 또는 인)

처 리 절 차

신고서 작성	→	접 수	→	검 토·확 인	→	결과 통보
신고인		처 리 기 관 (국민건강보험공단)		처 리 기 관 (국민건강보험공단)		신고인 및 관할 특별자치도지사·시장·군수·구청장

210㎜×297㎜[일반용지 70g/㎡(재활용품)]