

수급자격 불인정 통지서

신청인 (이직자)	성 명	생년월일
	주 소	(전화번호:)
최종이직 사업장	명 칭	
	소재지	(전화번호:)
불인정사유	<input type="checkbox"/> 피보험단위기간 180일 미충족 <input type="checkbox"/> 수급자격인정신청일 이전 1개월간의 근로일수가 10일 이상 <input type="checkbox"/> 근로의 의사 및 능력이 없음 <input type="checkbox"/> 다른 사업에서 수급자격제한사유에 해당하는 사유로 이직한 경우로서 해당 피보험단위기간 180일 중 90일 미만을 일용근로자로 근무 <input type="checkbox"/> 수급자격 제한사유에 해당 <input type="checkbox"/> 그 밖의 사유	

(구체적 사유)

수급자격 판단 근거

수급자격 신청일	이직일 (근로제공 마지막 날)
이직사유	(구체적 사유)
구분	

피보험단위기간 산정명세			기준기간 연장명세		
산정대상기간	보수지급 기초일수	고용사업장명	사유	기간	고용 사업장명
. . . ~ ~ . . .	
. . . ~ ~ . . .	
. . . ~ ~ . . .	
. . . ~ ~ . . .	
. . . ~ ~ . . .	
. . . ~ ~ . . .	
. . . ~ ~ . . .	
. . . ~ ~ . . .	
통산피보험단위기간		일	통산기준기간 연장일수		일

「고용보험법 시행령」 제62조제2항·제104조의8제8항·제104조의15제8항 및 같은 법 시행규칙 제 83조제3항·제125조의4·제125조의10에 따라 위와 같이 수급자격 불인정을 통지합니다.

년 월 일

○○지방고용노동청(지청)장

직인

심사청구 안내

위 통지에 이의가 있으신 분은 통지서를 받은 날부터 90일 이내에 원처분청을 거쳐 고용보험심사관에게 심사청구하시기 바랍니다.

담당자() 전화번호() FAX번호()