

자영업자 수급자격 불인정 통지서

신청인 (폐업자)	성명	생년월일
	주소	(전화번호:)
최종폐업 사업장	명칭	
	소재지	(전화번호:)
불인정사유	[] 폐업일 이전 24개월간 자영업자인 피보험자로서 갖춘 피보험단위기간 1년 미충족 [] 근로의 의사 및 능력이 없음 [] 수급자격 제한사유에 해당 [] 그 밖의 사유	

(구체적 사유)

수급자격판단근거

수급자격신청일	폐업일
폐업사유	(구체적 사유)
구분	

자영업자 피보험자로서 갖춘 피보험단위기간 산정명세

산정대상기간	보험료납부일수	사업장명
. . . ~ . . .		
. . . ~ . . .		
. . . ~ . . .		
. . . ~ . . .		
통산피보험단위기간		일

「고용보험법 시행령」 제62조제2항 및 제93조의2, 같은 법 시행규칙 제83조제3항 및 제115조의5에 따라 위와 같이 알려 드립니다.

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()