

보증보험금 지급사유 발생확인서

| 접수번호 | 접수일자 | 처리일자 | 처리기간 | 7일 |
|--------------|---------|--------|------|----|
| 지급 신청인 | 성명 | | | |
| | 주소 | | | |
| 개업 지도사 | 성명(대표자) | | | |
| | 주소 | | | |
| | 사무소 명칭 | 등록번호 | | |
| | 사무소 소재지 | | | |
| 보험금 지급 내용 | 보험회사명 | 손해배상금액 | | 원 |
| | 지급사유 | | | |

「산업안전보건법」 제148조제2항 및 같은 법 시행규칙 제234조제3항에 따라 위 신청인에 대한 보증보험금 지급사유 발생 사실을 확인합니다.

년 월 일

지방고용노동청(지청)장

직인