

모서리 부분을 천천히 개봉하여 주십시오. ☞

근로복지공단 ○○지역본부(지사·센터)장

□□□□□

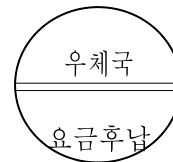
고용보험 피보험자격  
확인통지서 재증

수신자 :

고용보험 피보험자격

[ ]취득  
[ ]상실

확인통지서(피보험자용)



|                                     |                                            |         |
|-------------------------------------|--------------------------------------------|---------|
| ① 사업장관리번호 또는 노무제공플랫폼 등록번호(하수급인관리번호) |                                            |         |
| ② 사무조합번호                            |                                            | ③ 사무조합명 |
| 피보험자<br>(청구인)                       | ④ 성명                                       | 생년월일    |
|                                     | ⑤ 주소<br>(전화번호: )                           |         |
| 사업장                                 | ⑥ 명칭                                       |         |
|                                     | ⑦ 소재지<br>(전화번호: )                          |         |
| ⑧ 자격취득<br>확인                        | [ ]취득(취득일   년   월   일)   [ ]취득사실 없음        |         |
| ⑨ 자격상실<br>확인                        | [ ]상실(상실일   년   월   일)   [ ]상실사실 없음        |         |
|                                     | [ ]상실사유:                                   |         |
| ⑩ 피보험자<br>관리명세                      | 고용보험 피보험기간                                 |         |
|                                     | 사업장명                                       |         |
| ⑪ 확인사유                              | [ ]자격취득·상실신고 누락   [ ]피보험기간 정정   [ ]신고사항 변경 |         |

「고용보험법 시행령」 제11조제2항·제104조의7·제104조의14 및 같은 법 시행규칙 제13조·제125조의3제5항·제125조의9제5항에 따라 위와 같이 확인·통지합니다.

※ 구직급여는 아래의 요건을 갖춘 경우 지급받을 수 있으며, 이직일의 다음 날부터 기산하여 12개월 이내 소정급여일수를 한도로 지급하므로 이를 넘기는 경우 받지 못합니다(「고용보험법」 제40조, 제48조, 제77조의3 및 제77조의8).

- 근로자의 경우 이직일 이전 18개월 동안의 피보험 단위기간이 통산하여 180일 이상이고, 비자발적인 사유로 퇴직한 경우 등 수급 요건을 갖춘 경우 지급합니다.
- 예술인의 경우 이직일 이전 24개월 동안의 피보험 단위기간이 통산하여 9개월 이상이고, 예술인인 피보험자로 3개월 이상 유지하는 등 수급 요건을 갖춘 경우 지급합니다.
- 노무제공자의 경우 이직일 이전 24개월 동안의 피보험 단위기간이 통산하여 12개월 이상이고, 노무제공자인 피보험자로 3개월 이상 유지하는 등 수급 요건을 갖춘 경우 지급합니다.

년   월   일

근로복지공단 ○○지역본부(지사·센터)장 **작 인**

심사청구 안내

위 확인통지에 이의가 있으신 분은 통지서를 받은 날부터 90일 이내에 원처분청을 거쳐 고용보험심사관에게 심사 청구하기 바랍니다.

기안자(직위/직급) 서명    검토자(직위/직급) 서명    결재권자(직위/직급) 서명

협조자(직위/직급) 서명

시행    처리과명-일련번호(시행일자)    접수

처리과명-일련번호(접수일자)

우    주소

/홈페이지 주소

전화번호(    )    FAX번호(    )

/담당자의 전자우편주소/공개구분