

모서리 부분을 천천히 개봉하여 주십시오. 

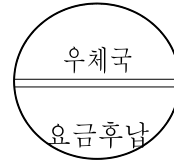
근로복지공단 ○○지역본부(지사·센터)장

□□□□□

고용보험 피보험자격

확인통지서 재증

수신자 :



**년 월분 일용근로자·단기예술인·단기노무제공자  
고용보험 피보험자격 확인통지서(사업주용)**

① 사업장관리번호 또는 노무제공플랫폼 등록번호 (하수급인관리번호)

② 보험사무대행기관번호

③ 보험사무대행기관명

④ 사업장명칭

| 일련<br>번호 | 피보험자 |        | ⑦ 근로·노무제공 일수 | ⑧ 임금(보수)총액 |
|----------|------|--------|--------------|------------|
|          | ⑤ 성명 | ⑥ 생년월일 |              |            |
| 1        |      |        |              |            |
| 2        |      |        |              |            |
| 3        |      |        |              |            |
| 4        |      |        |              |            |
| 5        |      |        |              |            |
| 6        |      |        |              |            |
| 7        |      |        |              |            |
| 8        |      |        |              |            |
| 9        |      |        |              |            |
| 10       |      |        |              |            |

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

년 월 일

근로복지공단 ○○지역본부(지사·센터)장 **작 인**

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