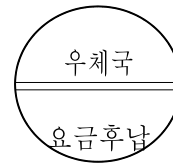


모서리 부분을 천천히 개봉하여 주십시오. 

근로복지공단 ○○지역본부(지사·센터)장

□□□□□

고용보험 피보험자격
확인통지서 재중



수신자 :

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

피보험자	① 성명	② 생년월일
	③ 주소	

피보험자 관리명세	④ 사업주 또는 노무제공플랫폼사업자	⑤ 근로·노무제공 사업장명	⑥ 근로·노무제공 일수	⑦ 임금(보수)총액
			일	
			일	
			일	
			일	
			일	
			일	
			일	

⑧ 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() ⑤성명 /담당자의 전자우편주소/공개구분