

수급자격 인정명세서

청구인 (수급자격자)	성명					생년월일					
	주소										
최종이직사업장						최종이직일					
수급자격신청일						수급기간만료일					
소정급여일수산정											
연번	사업장명		피보험고용기간			사업장별 피보험기간					
1											
2											
3											
4											
5											
총피보험기간					최종이직 시 연령						
장애인해당여부					소정급여일수						
급여기초임금일액산정											
사업장명											
임금지급		~	~	~	~	계	~	~	~	~	계
산정기간											
총일수		일	일	일	일	일	일	일	일	일	일
임 금 명 세	기본급										
	기타수당										
	상여금										
	연차수당										
	기타										
평균임금		원					원				
통상임금		원					원				
급여기초임금일액		원									

「고용보험법 시행령」 제62조제5항·제104조의8제8항·제104조의15제8항 및 같은 법 시행규칙 제83조제7항·제125조의4·제125조의10에 따라 위와 같이 통지합니다.

년 월 일

○○지방고용노동청(지청)장

직인

공지사항

이 통지내용에 대하여 이견이 있는 경우에는 그 내용을 적어 통지한 지방노동관서에 제출하시기 바랍니다.