

건설업 및 벌목업 고용보험 보험관계 해지신청서 산재보험 보험관계 소멸신고서

※ 뒤쪽의 유의사항 및 작성방법을 읽고 작성하기 바라며, 색상이 어두운 난은 신청(신고)인이 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	3일	
사업장관리번호		보험사무대행기관명		
사업주 (대표자)	성명	주민등록번호		
	주소	전화번호		
	휴대전화번호	전자우편주소		
본사	사업장명			
	소재지			
	전화번호	휴대전화번호		
	우편물 수령지			
현장 (건설공사 및 벌목작업)	현장명			
	소재지			
	총공사금액	원	공사(사업)기간	
	착공(시작)일		준공(완료)일	
	고용보험 소멸일		산재보험 소멸일	
	보험관계 소멸 또는 해지신청 사유	[]사업 폐업(공사 종료) []사업 규모 축소 []그 밖의 사유(사유 기재):		
주된 사업장이 소멸되는 경우 새로운 주된 사업장의 관리번호				
거래은행 계좌번호 신고서	은행명	예금주명		
	계좌번호			

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행규칙」 제3조제3항 또는 제7조 제3항에 따라 위와 같이 신청(신고)합니다.

년 월 일

신청(신고)인

(서명 또는 인)

[] 보험사무대행기관

(서명 또는 인)

근로복지공단 ○○○○지역본부(지사)장 귀하

신고(신청)인	근로자 동의로 고용보험을 해지 신청하는 경우 근로자 과반수의 동의서 1부	수수료
제출서류		없음
담당 직원	1. 휴업·폐업사실 증명원(휴업하거나 폐업한 경우만 해당합니다) 2. 법인 등기사항증명서(법인인 경우만 해당합니다)	
확인사항		

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 직원 확인사항 제1호의 행정정보를 확인하는 것에 동의합니다.

*동의하지 않는 경우에는 신고인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신고(신청)인

(서명 또는 인)

유의사항

1. 보험관계가 소멸되는 경우 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」 제19조에 따라 보험가입자는 보험관계가 소멸한 날의 전날까지 사용한 모든 근로자에게 지급한 보수총액(지급하기로 결정된 금액을 포함)에 의한 보험료를 산정하여 종료일로부터 30일 이내 확정보험료로 정산 신고해야 합니다.
2. 확정보험료를 신고하지 않거나, 위 기일을 경과하는 경우에는 가산금 등의 불이익이 있을 수 있습니다.
3. 산재보험적용사업장의 보험관계가 소멸되면 「임금채권보장법」 및 「석면피해구제법」에 의한 적용관계도 소멸하게 됩니다.

작성방법

1. 고용보험, 산재보험 중 신고(신청)하려는 난에 "√" 표시를 하시기 바랍니다.
2. "우편물수령지"란은 사업장 소재지와 별도의 주소로 소멸통지서를 받을 경우에만 적습니다.
4. "고용보험 소멸일"과 "산재보험 소멸일"란은 폐업 또는 사업 종료 시에는 그 다음 날이 되며, 해지신청의 경우 공단이 해지 승인한 날의 다음 날입니다(해지신청의 경우에는 해당 난을 적지 않습니다).
5. "보험관계 소멸 또는 해지신청 사유"란은 해당 사유에 "√"로 표시하고 사유가 [] 그 밖의 사유에 해당될 경우 구체적으로 사유를 적기 바랍니다.
6. "주된 사업장이 소멸되는 경우 새로운 주된 사업장관리번호"란은 성립 당시 주된 사업장과 소멸 당시 주된 사업장이 다른 경우 적습니다.

처리절차

