

보험사무대행기관 인가신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간	10일
보험사무대행기관번호			
대표자	이름	주민등록번호	
	주소		휴대전화번호
기관	명칭		
	소재지		전화번호
	전자우편주소		팩스번호
	법인등록번호		사업자등록번호
	설립일		사무 시작 예정일
	설립근거		기관 구성원수
	보험사무 내용	<input type="checkbox"/> 고용보험 <input type="checkbox"/> 산재보험 에 관한 사무	
직무경력 (공인노무사, 세무사에 한함)	직무개시등록일자 (세무사등록일자)		직무수행기간
	인가교육 이수여부 (세무사에 한함)	[] 이수 [] 미이수	인가교육 이수일자 (세무사에 한함)
수임 관련 사항	수임 예정 사업장수		예상되는 대상 근로자수
	수임 대상 지역		

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행령」 제47조제1항 및 같은 법 시행규칙 제35조제1항에 따라 위와 같이 보험사무대행기관의 인가를 신청합니다.

년 월 일
(서명 또는 인)

신고(신청)인

근로복지공단 지역본부(지사)장 귀하

첨부서류	1. 주무관청의 인·허가를 받거나 등록한 사실을 증명하는 서류 1부(법인의 경우에만 제출합니다) 2. 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행령」 제44조제2호 또는 제3호에 해당하는 사람임을 증명하는 서류 1부(개인의 경우에만 제출합니다) 3. 정관 또는 규약사본 1부(법인 또는 단체의 경우에만 제출합니다) 4. 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행령」 제47조제1항제4호에 따른 보험사무위임처리규약 사본 1부	수수료 없음
작성방법	1. "대표자"와 "기관"항목은 보험사무대행기관(법인 지점 등) 기준으로 작성합니다. 2. "수임관련사항" 중 수임대상지역은 보험사무대행기관(법인 지점 등) 소재지와 수임하고자 하는 사업장이 분포한 지역을 고려하여 특별시·광역시·도 단위로 지정하여 신청합니다. 3. "신청(신고인)"은 개인인 경우에는 대표자(개인사업주) 성명 기재 후 서명 또는 날인하고, 법인(법인 지점 등)인 경우에는 법인의 대표이사 또는 「상법」 제13조에 따라 등기된 지배인 성명을 적은 후 법인 인감을 날인합니다.	