

## 보험사무대행지원금 지급신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호		접수일		처리기간	20일
보험사무 대행기관	명칭		인가번호		
	소재지			전화번호	

### 보험사무대행지원금 신청명세

①총신청액	②징수사무대행지원금	③피보험자관리등대행지원금	④적용촉진장려금
원	원	원	원
징수사무대행지원금 신청 명세	산정 명세		금액
			원
피보험자관 리등대행지 원금 신청 명세	피보험 자격취득신 고 등	산정 명세	금액
		계	원
		( )분기	
	( )분기		
	보수총액신고		원
계		원	
적용촉진장려금 신청 명세	산정 명세		금액
			원

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행령」 제52조제5항 및 같은 법 시행규칙 제38조제1항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

보험사무대행기관(대표자)

(서명 또는 인)

근로복지공단 ○○지역본부(지사)장 귀하

첨부서류	별지 제49호서식의 사업장별 피보험자사무 처리장부	수수료 없음
------	-----------------------------	-----------