

산재보험관리기구지원금 지급신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간 20일
산재보험 관리기구	명칭	산재보험관리기구 관리번호
	소재지	전화번호

산재보험관리기구지원금 신청명세

총신청액	원		
지원금 신청 명세	신청분기		납부기한 내 납부 보험료 총액
	20 년 ()분기		원

지원금 신청 세부 명세

구분	신청분기 해당 월			
	합계	()월	()월	()월
부과 보험료액	원	원	원	원
납부기한 내 납부액	원	원	원	원

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행령」 제56조의12제3항 및 같은 법 시행규칙 제47조제1항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

산재보험관리기구(대표자)

(서명 또는 인)

근로복지공단 ○○지역본부(지사)장 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음
------	----	-----------