

모서리 부분을 천천히 개봉하여 주십시오. 

근로복지공단 ○○지역본부(지사)장

□□□□□

고용보험 피보험자격
확인통지서 재증

수신자 :



고용보험 피보험자격 []취득 []상실 확인통지서(사업주용)

① 사업장관리번호 또는 노무제공플랫폼 등록번호(하수급인관리번호)					
② 사무조합번호			③ 사무조합명		
④ 사업장명칭					
일련번호	피보험자		⑦ 자격취득·상실여부	⑧ 자격취득일	⑨ 자격상실일
	⑤ 성명	⑥ 생년월일			
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

「고용보험법 시행령」 제11조제2항·제104조의7·제104조의14 및 같은 법 시행규칙 제13조·제125조의3제5항·제125조의9제5항에 따라 위와 같이 확인·통지합니다.

년 월 일

근로복지공단 ○○지역본부(지사)장

직인

기안자(직위/직급) 서명 검토자(직위/직급) 서명 결재권자(직위/직급) 서명
협조자(직위/직급) 서명

시행 처리과명-일련번호(시행일자) 접수 처리과명-일련번호(접수일자)

우 주소 / 홈페이지 주소

전화번호 () FAX번호() / 담당자의 전자우편주소/공개구분