■ 고용보험법 시행규칙 [별지 제77호서식] <개정 2021. 12. 31.>

수급자격 불인정 통지서

신청인 (이직자)	성 명	생년월일
	주 소 (전화번호:)	
최종이직 사업장	명 칭	
	소재지 (전화번호:)	
불인정사유	[ ] 피보험단위기간 180일 미충족 [ ] 근로의 의사 및 능력이 없음 [ ] 수급자격 제한사유에 해당 [ ] 그 밖의 사유	[ ] 수급자격인정신청일 이전 1개월간의 근로일수가 10일 이상 [ ] 다른 사업에서 수급자격제한사유에 해당하는 사유로 이직한 경우로서 해당 피보험단위기간 180일 중 90일 미만을 일용근로자로 근무
(구체적 사유)		

수급자격 판단 근거

수급자격 신청일		이직일 (근로제공 마지막 날)	
이직사유	(구체적 사유)		
구분			

피보험단위기간 산정명세			기준기간 연장명세		
산정대상기간	보수지급 기초일수	고용사업장명	사 유	기 간	고용사업장명
. . . ~ . . .					
. . . ~ . . .				. . . ~ . . .	
. . . ~ . . .					
. . . ~ . . .				. . . ~ . . .	
. . . ~ . . .					
. . . ~ . . .				. . . ~ . . .	
. . . ~ . . .					
. . . ~ . . .				. . . ~ . . .	
. . . ~ . . .					
. . . ~ . . .				. . . ~ . . .	
. . . ~ . . .					
통산피보험단위기간		일	통산기준기간 연장일수		일

「고용보험법 시행령」 제62조제2항·제104조의8제8항·제104조의15제8항 및 같은 법 시행규칙 제83조제3항·제125조의4·제125조의10에 따라 위와 같이 수급자격 불인정을 통지합니다.

년 월 일

○○지방고용노동청(지청)장 직인

심사청구 안내

위 통지에 이의가 있으신 분은 통지서를 받은 날부터 90일 이내에 원처분청을 경유하여 고용보험심사관에게 심사청구하시기 바랍니다.

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

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]