

자영업자 수급자격 불인정 통지서

신청인 (폐업자)	성 명	생년월일
	주 소	(전화번호:)
최종폐업 사업장	명 칭	
	소재지	(전화번호:)
불인정사유	[] 폐업일 이전 24개월간 자영업자인 피보험자로서 갖춘 피보험단위기간 1년 미충족	
	[] 근로의 의사 및 능력이 없음	
	[] 수급자격 제한사유에 해당	
	[] 그 밖의 사유	

(구체적 사유)

수급자격판단근거			
수급자격신청일		폐업일	
폐업사유		(구체적 사유)	
구분			

자영업자 피보험자로서 갖춘 피보험단위기간 산정명세

산정대상기간	보험료납부일수	사업장명
. . . ~ . . .		
. . . ~ . . .		
. . . ~ . . .		
. . . ~ . . .		
통산피보험단위기간		일

「고용보험법 시행령」 제62조제2항 및 제93조의2, 같은 법 시행규칙 제83조제3항 및 제115조의5에 따라 위와 같이 알려 드립니다.

년 월 일

○○지방고용노동청(지청)장

직인

심사청구 안내

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

담당자()	전화번호()	FAX번호()
--------	---------	----------