

자영업자 수급자격 인정명세서

접수번호		접수일		처리기간 : 즉시	
청구인 (수급자격자)		성명 주소		주민등록번호	
		(전화번호 :		휴대전화 :	
최종 폐업사업장명		최종 폐업일		년 월 일	
수급자격신청일		수급기간만료일			
소정급여일수 산정					
근로자 피보험기간 합산 희망 여부		[] 희망		[] 희망하지 않음	
자영업자	연번	사업장명	피보험기간(보험료 납부 기간)	합계	
	1			일	
	2				
3					
근로자	연번	사업장명	피보험기간(고용기간)	합계	
	1			일	
	2				
3					
총 피보험기간		일			
총 소정급여일수		일	자영업자 피보험기간에 따른 소정 급여일수	일	
			근로자 피보험기간 합산에 따른 소 정급여일수 추가분	일	
급여 기초일액 산정					
기준보수액	기간	기준보수 등급	금액	합산금액	
급여 기초일액 (기준보수 합산금액 ÷ 총 피보험기간)					
근로자 피보험기간 합산에 따른 소정급여 일수 추가분에 대한 급여 기초일액					

「고용보험법 시행령」 제62조제5항 및 제93조의2, 같은 법 시행규칙 제83조제7항 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()
210mm×297mm[일반용지 60g/㎡(재활용품)]	