

보증보험금 지급사유 발생확인신청서

접수번호	접수일자	처리일자	처리기간	5일
지급 신청인	성명			
	주소			
개업 지도사	성명(대표자)			
	주소			
	사무소 명칭		등록번호	
	사무소 소재지			
보험금 지급 내용	보험회사명		손해배상금액 원	
	지급사유			

「산업안전보건법」 제148조제2항 및 같은 법 시행규칙 제234조제3항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

지방고용노동청(지청)장 귀하

첨부서류	손해배상합의서, 화재조서, 법원의 확정판결문 사본, 그 밖에 이에 준하는 효력이 있는 서류 1부			수수료 없음	
처리절차					
신청서 작성 신청인	접 수 문서 접수 담당부서	검 토 산업안전·보건 업무 담당부서	결 재 지방고용노동청 (지청)장	발생 확인서 작성 산업안전·보건 업무 담당부서	발생 확인서 발급 문서 발송 담당부서