

(앞쪽)

보내는 사람:

받는 사람:

귀하

주소:

[]고용보험 []산재보험
[]보험관계 소멸 []보험계약 해지 승인 []보험계약 해지 불승인 통지서

문서번호

사업장관리번호			
사업주	상호·법인명	보험사무대행기관명	
	소재지		
	대표자		
사업장	명칭·공사명	고용보험 업종코드	
	소재지	산재보험 업종코드	
보험관계 소멸일			
불승인 사유			
소멸 사유			

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행령」 제8조·제56조의5제6항제1호·제56조의6 제8항제1호 및 같은 법 시행규칙 제9조에 따라 위와 같이 알려 드립니다.

년 월 일

근로복지공단
○○지역본부(지사·센터)장 직인

기안자(직위/직급) 서명

검토자(직위/직급) 서명

결재권자(직위/직급) 서명

협조자(직위/직급) 서명

시행 처리과명-일련번호(시행일)

우 /주소

/홈페이지주소

전화()

/팩스()

/담당 직원의 전자우편 주소

/공개구분

보험관계 소멸(해지) 안내사항		
소멸사유	소멸시기	비고
사업의 폐업·종료	폐업·종료된 날의 다음 날	소멸된 날부터 14일 이내에 ‘보험관계 소멸 신고서’ 1부 제출
보험계약의 해지 (임의적용 사업 및 의제가입 사업이 해당)	해지 승인을 받은 날의 다음 날	보험관계가 성립한 보험연도가 종료한 때에 한하여 근로자 과반수의 동의를 얻어 ‘보험 관계 해지신청서’ 1부 제출
직권소멸 조치	소멸을 결정·통지한 날의 다음 날	근로복지공단이 직권으로 보험관계 소멸을 통지함으로써 소멸 가능
자영업자 고용보험 직권소멸 조치	월 단위 고용보험료를 계속하여 6개월간 납부하지 않은 경우에는 마지막으로 납부한 고용 보험료에 해당하는 피보험기간의 다음 달	근로복지공단이 직권으로 보험관계 소멸 후 통지