

[ ] 고용보험  
[ ] 산재보험      보험료등의 경감신청서

※ 뒤쪽의 작성방법을 읽고 작성하기 바라며, 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다. (앞쪽)

|                            |        |        |        |         |         |
|----------------------------|--------|--------|--------|---------|---------|
| 접수번호                       |        | 접수일    |        | 처리기간    | 7일      |
| 사업장관리번호 또는<br>노무제공플랫폼 등록번호 |        |        |        |         |         |
| 신청인                        | 상호·법인명 |        | 대표자    |         |         |
|                            | 소재지    |        | 전화번호   | 팩스번호    |         |
|                            |        |        | 전자우편주소 |         |         |
| 감면받고자 하는 보험료 및 그 밖의 징수금    |        |        |        |         |         |
| 구분                         | 보험연도   | 징수금 종류 | 당초 금액  | 경감신청 금액 | 경감 후 금액 |
| 고용보험                       |        |        |        |         |         |
|                            |        |        |        |         |         |
|                            |        |        |        |         |         |
|                            |        |        |        |         |         |
| 산재보험                       |        |        |        |         |         |
|                            |        |        |        |         |         |
|                            |        |        |        |         |         |
|                            |        |        |        |         |         |
| 계                          |        |        |        |         |         |
| 경감신청 사유                    |        |        |        |         |         |
| 관련 증명 서류                   |        |        |        |         |         |

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」 제22조의2제1항·제48조의2제8항 제3호·제48조의3제8항제3호·제48조의6제13항제3호 및 같은 법 시행규칙 제28조의2제1항에 따라 위와 같이 보험료 등의 경감을 신청합니다.

신청인  
[ ] 보험사무대행기관

년 월 일  
(서명 또는 인)  
(서명 또는 인)

근로복지공단 ○○지역본부(지사·센터)장 귀하

|                                                                                                       |              |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|
| 첨부서류                                                                                                  | 경감대상 관련 증명자료 | 수수료<br>없음 |
| 작성방법                                                                                                  |              |           |
| 1. 고용보험 또는 산재보험 중 신청하려는 란에 ‘√’ 표시를 하기 바랍니다.                                                           |              |           |
| 2. “경감신청 사유” 란에는 천재, 지변, 화재, 폭발, 전화 그 밖의 재난 등의 경감신청 사유를 적습니다.                                         |              |           |
| 3. “관련 증명 서류” 란에는 경감사유를 증명할 수 있는 관련 자료를 적습니다(천재 등으로 인한 피해사실 확인원, 지방세 감면신청관련 서류 등 피해사실을 증명할 수 있는 서류 등) |              |           |