

보내는 사람:

받는 사람:

귀하

주소:

[]고용보험 []산재보험 보험료등의 경감통지서

사업장	사업장관리번호 또는 노무제공플랫폼 등록번호					
	상호·법인명			대표자		
	소재지					

경감 결정 보험료와 그 밖의 징수금						
구분	연도	징수금 종류	당초 금액	경감 결정 금액	납부할 금액	납부기한
고용						
산재						
계						

결정 사유						
-------	--	--	--	--	--	--

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」 제22조의2제1항·제48조의2제8항제3호·제48조의3제8항제3호·제48조의6제13항제3호 및 같은 법 시행규칙 제28조의2제2항에 따라 위와 같이 경감하기로 결정하였기에 알려드립니다.

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