

보험사무대행지원금 지급신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호		접수일		처리기간	20일
보험사무 대행기관	명칭		인가번호		
	소재지			전화번호	

보험사무대행지원금 신청명세

① 총신청액		② 보험료 납부 지원금		③ 피보험자 관리 지원금		④ 사업장 가입 지원금	
원		원		원		원	
보험료 납부 지원금 신청 명세		산정 명세				금액	
						원	
피보험자 관리 지원금 신청 명세	피보험 자격취득신 고 등	산정 명세				금액	
		계				원	
		()분기					
		()분기					
	보수총액신고					원	
	계				원		
사업장 가입 지원금 신청 명세		산정 명세				금액	
						원	

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행령」 제52조제5항 및 같은 법 시행규칙 제38조제1항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

보험사무대행기관(대표자)

(서명 또는 인)

근로복지공단 ○○지역본부(지사)장 귀하

첨부서류	별지 제49호서식의 사업장별 피보험자사무 처리장부	수수료 없음
------	-----------------------------	-----------