

보내는 사람:

받는 사람:

귀하

주소:

보험사무대행지원금 등 지급통지서

문서번호

사무대행기관 (산재보험관리기구)	인가번호(관리기구번호)	
	명칭	
	소재지	
지원금 청구액		지급 결정액
지원금 종류		
불인정 또는 차액이 있는 경우 그 사유		

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행규칙」 제38조제2항에 따라 위와 같이 보험 사무대행지원금을 지급하기로 결정하였음을 알려드립니다.

년 월 일

근로복지공단 ○○지역본부(지사)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