

보내는 사람:

받는 사람:

귀하

주소:

☐ 중소기업 사업주 ☐ 가족종사자 산재보험가입 []승인 []불승인 통지서

문서번호		중소기업 사업주·가족종사자 사업장관리번호	
중소기업 사업주·가족종사자 명세	상호·법인명		
	사업장 소재지		
	사업주 성명	생년월일	
	가족종사자 성명	생년월일	
보험가입 승인명세	보험료산정 기준보수액		등급(원)
	업무 내용		
	근로(근무)시간		
	특정업무 내용		승인, 불승인
중소기업 사업주· 가족종사자 보험관계 성립일			
불승인한 경우 그 사유			

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행규칙」 제43조의2제3항에 따라
위와 같이 []승인 []불승인을 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