

[] 고용보험 ()년도 [] 개산보험료
[] 산재보험 [] 확정보험료 경정청구서

※ 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바라며, 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다. (앞면)

접수번호		접수일		처리기간	2개월
사업장관리번호					
신고인	상호·법인명				
	소재지				전화번호
	대표자				
신고 내용	법정 신고일				
	최초 신고일				
	경정청구 이유				
경정청구 사항	구분	최초신고(경정 전)		경정청구	
	보험료 종류				
	보수총액				
	보험료액				
	그 밖에 필요한 사항				

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행령」 제23조·제26조 및 같은 법 시행규칙 제19조에 따라 위와 같이 청구합니다.

년 월 일

신고(신청)인 (서명 또는 인)

[] 보험사무대행기관 (서명 또는 인)

근로복지공단 ○○○○지역본부(지사)장 귀하

첨부서류	경정청구 사유를 확인할 수 있는 자료	수수료 없 음
작성방법		
1. 고용보험, 산재보험 중 신청하려는 난에 '√' 표시를 하시기 바랍니다. 2. "법정 신고일"란에는 보험료신고의 법정신고기한을 적습니다. 3. "최초 신고일"란에는 실제로 보험료신고를 한 날을 적습니다. 4. "보험료 종류"란에는 개산·확정보험료 여부 및 해당연도를 적습니다. 5. "보험료액"란에는 경정청구 전·후의 보험료액을 적습니다. 6. "그 밖에 필요한 사항"란에는 경정청구에 참고할 사항이 있으면 이를 적습니다.		