

[] 고용보험 ()년도 확정보험료 수정신고서
[] 산재보험

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하여 주시기 바라며, 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호		접수일		처리기간	5일
사업장관리번호					
신고인	상호·법인명				
	소재지				전화번호
	대표자				
신고 내용	법정 신고일				
	최초 신고일				
	수정신고 이유				
경정청구 사항	구 분	최초신고(수정신고 전)		수정신고	
	보험료 종류				
	보험료액				
	그 밖에 필요한 사항				

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」 제19조제5항·제6항, 제48조의6 제13항제2호 및 같은 법 시행규칙 제23조에 따라 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신고(신청)인 (서명 또는 인)

[] 보험사무대행기관 (서명 또는 인)

근로복지공단 ○○○○지역본부(지사)장 귀하

첨부서류	수정신고 사유를 증명할 수 있는 자료	수수료 없 음
작성방법		
1. 고용보험, 산재보험 중 신고하려는 난에 ‘√’ 표시를 하시기 바랍니다.		
2. “법정 신고일”란에는 보험료신고의 법정신고기한을 적습니다.		
3. “최초 신고일”란에는 실제로 보험료신고를 한 날을 적습니다.		
4. “보험료 종류”란에는 확정보험료의 해당연도를 적습니다.		
5. “보험료액”란에는 수정신고 전·후의 보험료액을 적습니다.		
6. “그 밖에 필요한 사항”란에는 수정신고에 참고할 사항이 있으면 이를 적습니다.		