

[] 고용보험
[] 산재보험 보험료등의 경감신청서

※ 뒤쪽의 작성방법을 읽고 작성하기 바라며, 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호		접수일		처리기간	7일
사업장관리번호 또는 노무제공플랫폼 등록번호					
신청인	상호·법인명		대표자		
	소재지		전화번호	팩스번호	
			전자우편주소		
감면받고자 하는 보험료 및 그 밖의 징수금					
구분	보험연도	징수금 종류	당초 금액	경감신청 금액	경감 후 금액
고용보험					
산재보험					
계					
경감신청 사유					
관련 증명 서류					

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」 제22조의2제1항·제48조의2제8항 제3호·제48조의3제8항제3호·제48조의6제13항제3호 및 같은 법 시행규칙 제28조의2제1항에 따라 위와 같이 보험료 등의 경감을 신청합니다.

신청인
[] 보험사무대행기관

년 월 일
(서명 또는 인)
(서명 또는 인)

근로복지공단 ○○지역본부(지사·센터)장 귀하

첨부서류	경감대상 관련 증명자료	수수료 없 음
작성방법		
1. 고용보험 또는 산재보험 중 신청하려는 란에 ‘√’ 표시를 하기 바랍니다.		
2. “경감신청 사유” 란에는 천재, 지변, 화재, 폭발, 전화 그 밖의 재난 등의 경감신청 사유를 적습니다.		
3. “관련 증명 서류” 란에는 경감사유를 증명할 수 있는 관련 자료를 적습니다(천재 등으로 인한 피해사실 확인원, 지방세 감면신청관련 서류 등 피해사실을 증명할 수 있는 서류 등)		