

보험사무대행기관 폐지신고서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간	5일
보험사무대행기관번호			
신고인 (대표자)	이름	주민등록번호	
	주소	전화번호	
보험사무 대행기관	명칭		
	소재지	전화번호	
	인가일	폐지 예정일	
	수입 사업장수	대상 근로자수	
폐지 사유			

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행령」 제47조제5항 및 같은 법 시행규칙 제35조제4항에 따라 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

보험사무대행기관명

소재지

신고인(신청인)

(서명 또는 인)

근로복지공단 ○○지역본부(지사)장 귀하