보내는 사람:

받는 사람: 귀하

주소:

보험사무대행지원금 등 지급통지서

문서번호

사무대행기관 (산재보험관리기구)	인가번호(관리기구번호)		
	명칭		
	소재지		
지원금 청구액		지급 결정액	
지원금 종류			
불인정 또는 차액이 있는 경우 그 사유			

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행규칙」 제38조제2항에 따라 위와 같이 보험사무대행지원금을 지급하기로 결정하였음을 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

210mm×297mm[일반용지 60g/㎡(재활용품)]