

자영업자 고용보험 보험관계 해지신청서

※ 뒤쪽의 유의사항 및 작성방법을 읽고 작성하기 바라며, 색상이 어두운 칸은 신고인(신청인)이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간: 3일
사업장	사업장관리번호	
	상호(법인명)	전화번호
	사업자등록번호(고유번호 또는 농어업경영체 등록번호)	법인등록번호
	소재지 우편번호()	
	환급(반환) 계좌 사전신고	은행명 예금주명 계좌번호 * 보험료 정산 등 환급(반환)금액 발생 시 지급될 계좌입니다. (지급 관련하여 통장사본 등 추가 서류를 요청할 수 있습니다.)
대표자 (경영주)	성명	주민등록번호 전화번호(유선/휴대전화)
	주소 우편번호()	
보험사무 대행기관	명칭	번호
신고(신청) 사유	소멸	[] 폐업(농어업경영체말소) [] 대표자 변경(해임) [] 피보험자격 이중취득
	해지	[] 해지사유()
사유 발생일자		
해지(소멸) 후 우편물 수령지 우편번호()		
자영업자 고용보험 보험관계		소멸일
위와 같이 신고(신청)합니다.		
신고인 또는 신청인(가입자)		년 월 일 (서명 또는 인)
[] 보험사무대행기관		(서명 또는 인)
근로복지공단 ○○지역본부(지사)장 귀하		

담당직원 확인사항	1. 휴업·폐업사실 증명원(사업자등록을 하였거나 고유번호를 부여받은 자가 휴업·폐업한 경우만 해당합니다) 2. 농업경영체 등록말소 확인서 또는 어업경영체 등록말소 확인서(농어업경영정보를 등록한 자가 농업경영체 또는 어업경영체의 등록을 말소한 경우만 해당합니다) 3. 법인 등기사항증명서(신청인이 법인인 경우만 해당합니다)	수수료 없음
--------------	---	-----------

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 담당직원 확인사항란의 행정정보를 확인하는 것에 동의합니다.

* 동의하지 않는 경우에는 신고인(신청인)이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신고인 또는 신청인

(서명 또는 인)

유의사항

1. 자영업자 보험관계를 해지(소멸)하려는 경우 근로복지공단에 자영업자 고용보험 해지신청서(소멸신고서)를 제출하여야 합니다.
2. 자영업자 고용보험의 경우 연도 중 해지가 가능합니다.
3. 사업자등록(또는 고유번호) 폐업, 농업경영체등록 말소 시 폐업일의 다음날이 소멸일이 됩니다.
4. 보험계약을 해지한 경우 공단의 승인을 받은 날의 다음날이 소멸일이 됩니다.
5. 공단이 사업 실체가 없는 등의 사유로 계속하여 보험관계를 유지할 수 없다고 인정하는 경우 소멸을 결정 통지한 날의 다음날로 보험관계가 소멸될 수 있습니다.
6. 보험가입 해지 또는 보험료 체납으로 보험관계가 소멸되거나, 수급자격 미충족으로 실업급여 수급하지 못하는 경우에도 이미 납부한 보험료를 돌려드리지 않습니다.

작성방법

1. "환급(반환)계좌 사전신고"란에는 사업장 환급(반환)금 발생 시 지급 받을 은행의 은행명, 계좌번호 등을 적습니다.
2. "신고(신청) 사유"란에는 해당 사유 한 가지만 표시한 후 사유 발생일을 적습니다.
3. 신고인(신청인)의 경우 반드시 대표자(경영주)의 서명 또는 날인이 있어야 합니다.

처리절차

