

보증보험금 지급사유 발생확인신청서

접수번호	접수일자	처리일자	처리기간	5일
지급 신청인	성명			
	주소			
개업 지도사	성명(대표자)			
	주소			
	사무소 명칭		등록번호	
	사무소 소재지			
보험금 지급 내용	보험회사명		손해배상금액	
	지급사유		원	

「산업안전보건법」 제148조제2항 및 같은 법 시행규칙 제234조제3항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

지방고용노동청(지청)장 귀하

