

보증보험금 지급사유 발생확인서

접수번호		접수일자		처리일자		처리기간		7일		
지급 신청인	성명									
	주소									
개업 지도사	성명(대표자)									
	주소									
	사무소 명칭					등록번호				
	사무소 소재지									
보험금 지급 내용	보험회사명					손해배상금액				원
	지급사유									

「산업안전보건법」 제148조제2항 및 같은 법 시행규칙 제234조제3항에 따라 위 신청인에 대한 보증보험금 지급사유 발생 사실을 확인합니다.

년 월 일

지방고용노동청(지청)장

직인