

수급자격 인정명세서

청구인 (수급자격자)	성명		생년월일		
	주소				
최종이직사업장			최종이직일		
수급자격신청일			수급기간만료일		
소정급여일수산정					
연번	사업장명	피보험고용기간		사업장별 피보험기간	
1					
2					
3					
4					
5					
총피보험기간		최종이직 시 연령			
장애인해당여부		소정급여일수			
급여기초임금일액산정					
사업장명					
임금지급	~	~	~	~	계
산정기간	~	~	~	~	계
총일수	일	일	일	일	일
임 금 명 세	기본급				
	기타수당				
	상여금				
	연차수당				
	기타				
평균임금	원				원
통상임금	원				원
급여기초임금일액					원

「고용보험법 시행령」 제62조제5항·제104조의8제8항·제104조의15제8항 및 같은 법 시행규칙 제83조제7항·제125조의4·제125조의10에 따라 위와 같이 통지합니다.

년 월 일

○○지방고용노동청(지청)장

직인

공지사항

이 통지내용에 대하여 이견이 있는 경우에는 그 내용을 적어 통지한 지방노동관서에 제출하시기 바랍니다.