

수급기간 연기통지서

피보험자 또는 수급자격자	성 명	생년월일
	주 소	
	이직(폐업)일	
신고인	성 명	생년월일
	주 소	
수급기간 연기사유		
수급기간 연기기간		
연기 후 최초출석일		
연기 후 수급기간만료일		

「고용보험법 시행령」 제71조제3항·제93조의2·제104조의8제8항·제104조의15제8항 및 같은 법 시행규칙 제93조제2항·제115조의5·제125조의4·제125조의10에 따라 위와 같이 알립니다.

○○지방고용노동청(지청)장

직 인

안내 말씀

1. 이 통지서는 실업급여를 지급받는 데에 필요하므로 소중히 보관하시기 바랍니다.
2. 수급기간 연기사유 및 기간이 변경된 경우에는 그 사실을 신고하고 이 통지서를 제출해야 합니다.

담당자() 전화번호() FAX번호()