

자영업자 수급자격 인정 신청서

※ 뒤쪽의 작성방법을 읽고 작성하시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간 : 14일
------	-----	------------

신청인 (폐업자)	①성명	②주민등록번호
	③주소	(전화번호:) 전자우편주소: (휴대전화번호:)
최종폐업 사업장	④명칭	⑤사업자등록번호
	⑥소재지	(전화번호:)
	⑦보험가입일	⑧폐업일
	년 월 일	년 월 일
⑨구체적 폐업사유		

구분	⑩피보험단위기간(폐업당시 사업장에서 자영업자 보험료를 납부한 기간)	⑪기준보수 등급	⑫기준보수액
1	~		
2	~		

⑬근로자 피보험기간 합산 희망여부 (종전에 근로자였던 피보험자가 자격 상실 후 구직급여를 지급받지 아니하고 3년 이내에 자영업자 피보험자격을 재취득한 경우만 작성)	희망함	희망하지 않음
--	-----	---------

⑭다른 사업장에서 근로자로 근무기간(⑬에서 희망하는 경우만 작성)	구분	명칭	소재지	근무기간	※ 확인
	1				
	2				

⑮ 현재 사업자등록증이 있거나, 자영업 (보험모집인, 채권추심원 등 포함)을 하고 있는지 여부	[] 있음(사업 등의 종류:) [] 없음
--	------------------------------

⑯ 현재 취업상태여부	[] 취업 [] 미취업
-------------	----------------

⑰ 보험료 체납여부	[] 있음(회) [] 없음
------------	--------------------

「고용보험법 시행령」 제61조 및 제93조의2, 같은 법 시행규칙 제82조 및 제115조의5에 따라 위와 같이 수급자격 인정을 신청합니다.

신청인 년 월 일
(서명 또는 인)

○○지방고용노동청(○○지청)장 귀하

첨부서류	폐업 사유를 확인할 수 있는 관련 서류	수수료 없음
------	-----------------------	-----------

※ 아래 란은 적지 아니합니다.

처 리	수급자격불인정사유					
결 재	담당	팀장	과장	청장·지청장	결재 연월일	
					. . .	

작성방법

- ⑨란의 폐업사유는 수급자격 여부 판단을 위한 기초자료이므로 구체적인 폐업사유에 대하여 13자 이상 적습니다.
- ⑩란은 피보험단위기간(폐업당시 사업장에서 자영업자 고용보험에 가입하여 고용보험료를 납부한 기간)을 1년이 되는 기간까지 소급하여 적고, 피보험단위기간 동안 기준보수 등급을 변경한 경우에는 등급별로 해당되는 기간을 구분하여 적습니다.
- ⑬란은 자영업자인 피보험자가 종전에 근로자로 고용되어 있다 피보험자격을 상실하였으나 구직급여를 지급받은 사실이 없고 상실한 날로부터 3년 이내에 자영업자로서 피보험자격을 다시 취득한 경우에 자영업자 피보험기간에 근로자로서 피보험기간을 합산하여 줄 것을 원하는지 여부를 표시합니다.
- ⑭란은 ⑬란에서 희망에 표시한 경우만 작성하고, 여러 적용 사업장에서 근무한 경우 합산을 희망하는 사업장에서의 근무기간만을 적습니다.

공지사항

- 시행규칙 115조의2조에 따라 폐업당시 사업장에서 자영업자 고용보험료를 아래와 같이 체납한 경우는 최초 실업인정일까지 체납한 보험료 및 연체금을 전부 납부하지 아니하면 실업급여를 받을 수 없습니다.
 - 피보험기간이 1년 이상~2년 미만인 경우: 1회 이상
2년 이상~3년 미만인 경우: 2회 이상
3년 이상인 경우: 3회 이상
- 본 민원의 처리결과에 대한 만족도 조사 및 관련 제도 개선에 필요한 의견조사를 위해 귀하의 전화번호(휴대전화)로 전화조사를 실시할 수 있습니다.

수급자격 확인란

- 본인께서 직접 출석하셨습니까? [] 예 [] 아니오
- 현재 취업하신 상태입니까? [] 예 [] 아니오
· 취업내용(상용직·임시직 또는 일용직, 공공근로참여 여부, 자영업 등을 구체적으로 기재):
- 앞으로 새로운 직장에 취업이 가능한 상황입니까?(자영업이나 부동산업, 농업, 사회봉사활동, 가사 등에 종사하거나 임신·출산, 육아, 질병·부상 등으로 취업이 곤란한 상태인지 여부 확인)
[] 예 [] 아니오(취업이 곤란한 사유 :)
- 폐업사유와 관련하여 왜 이직하게 되었는지 구체적인 배경을 말씀하여 주십시오.
· 폐업 배경:
- 피보험기간동안 보험료를 체납한 사실이 있습니까? [] 예(횟수: 회) [] 아니오
- 산재휴업급여를 받고 있거나 받을 예정입니까? [] 예 [] 아니오
- 수급기간연장신고를 하신 적이 있습니까? [] 예(연장신고기간 확인) [] 아니오
- 인터넷으로 구직신청을 하셨습니까? [] 예(구직신청일자 확인) [] 아니오

※ 수급자격신청서의 내용에 거짓이 있을 경우에는 실업급여의 지급이 중단되고 지급받은 실업급여액에 상당하는 금액 이하의 금액을 추가로 반환하여야 하며, 경우에 따라 형사처벌도 받을 수 있습니다.

년 월 일

위 내용이 사실임을 확인합니다.

수급자격 신청인 (서명 또는 인)
수급자격 담당자 (서명 또는 인)

○○지방고용노동청(○○지청)장

처리절차

