

자영업자 고용보험가입신청서

※ 뒤쪽의 유의사항과 작성방법을 읽고 작성해 주시기 바라며, 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다. (앞쪽)
※ []에는 해당되는 곳에 "√" 표시를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간: 7일
신청인	상호(법인명)	
	소재지	전화번호
	근로자수	전자우편주소
	대표자	주민등록번호
	사업자등록번호	법인등록번호
	사업 개시일(개업연월일)	
	업태	종목 (주생산품)
보험가입 신청내용	보험료산정 기준보수액	등급(원)
	사업의 내용	
신청일 현재 임금근로자(일용근로자 포함) 피보험자격 취득 여부		예 [] 아니오 []

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」 제49조의2제1항, 제4항 및 같은 법 시행규칙 제44조의2제1항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인(보험가입자)

(서명 또는 인)

[]보험사무대행기관

(서명 또는 인)

근로복지공단 ○○지역본부(지사)장 귀하

※ 처리 사항

보험관계 성립일	승인 여부	[]승인 []불승인
보험관리번호		

