

보내는 사람:

받는 사람:

귀하

주소:

[]고용보험 []산재보험
[]보험료 []보험급여 총당·반환 결정통지서

문서번호			
사업장관리번호 또는 노무제공플랫폼 등록번호			
사업장	명칭		대표자
	소재지		전화번호
	공사명		성립일

과납액·보험급여(총당·반환해야 할 금액)

연도/분기 (월)	보험별	종목 (급여종류)	과납 발생일 (보험급여 지급일)	과납액 (보험급여)	이자금액	합계

총 당 내 용

총당 사업장관리번호	연도/분기 (월)	종목	합계	산재보험	임금채권 부담금	석면피해 구제분담금	고용보험	
							실업급여	고용안정·직업능력

반 환 내 용

연도/분기(월)	종목	결정일	합계	산재보험	임금채권 부담금	석면피해 구제분담금	고용보험	
							실업급여	고용안정·직업능력

반환금 지급계좌번호

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행령」 제31조제3항·제56조의5제6항제3호·제56조의6제8항제3호 및 같은 법 시행규칙 제29조제3항에 따라 위와 같이 알려드립니다.

년 월 일

근로복지공단 ○○지역본부(지사·센터)장 직인

담당부서:

담당자:

전화: