

보내는 사람:

받는 사람:

귀하

주소:

산재보험급여액 징수통지서

문서번호

사업장	사업장관리번호	
	상호·법인명	대표자
	소재지	
재해근로자	성명	생년월일
	재해일자	
보험급여 지급결정액		
보험급여 징수내역		
징수할 금액		
징수사유		

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」 제26조제2항, 제48조의6제13항제3호 및 같은 법 시행규칙 제30조에 따라 위와 같이 징수통지 하오니 납입고지에 따라 년 월 일까지 납부하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

근로복지공단 ○○지역본부(지사·센터)장 직인

담당부서:

담당자:

전화:

안내사항

- 위 처분에 대해 이의가 있는 경우에는 「행정기본법」 제36조에 따라 이 통지서를 받은 날부터 30일 이내에 이의신청을 할 수 있습니다.
- 제1호의 이의신청을 한 경우에도 이의신청과 관계 없이 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 「행정심판법」에 따른 행정심판 또는 「행정소송법」에 따른 행정소송을 제기할 수 있습니다.