

산재보험 노무제공자 휴업 등 신고서(종사자용)

접수번호		접수일	처리기간	7일
신고인 (노무제공자)	성명	주민등록번호		
	주소	우편번호()		
	휴대전화번호	직종 부호		
사업장	사업장관리번호	명칭		
	대표자명	사업자등록번호		
	소재지	우편번호()		
	전화번호	담당자명		
휴업 기간	시작일	종료일		
휴업 등 사유	[] 휴업(사업장 사정)		[] 휴업(부상·질병·육아 등 종사자 사정)	
	[] 유산·사산		[] 출산전후	
	[] 기타()			

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」 제48조의6제4항 및 같은 법 시행규칙 제42조의5제2항에 따라 위와 같이 휴업 등을 했음을 신고합니다.

년 월 일

신고인(노무제공자) (서명 또는 인)

근로복지공단 ○○특수형태근로종사자센터장 귀하