

산재보험관리기구 해지신청서

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바라며, * 란은 기재하지 않습니다. (앞면)

접수번호	접수일	처리기간	3일
산재보험 관리기구	산재보험 사업장 관리번호		
	명칭	전화번호	
	사업자등록번호	법인등록번호	
	소재지		
대표자	성명	생년월일	
	주소 (-)	전화번호(유선/이동전화)	
신청사유			
사유 발생일자			
해산(소멸) 후 우편물 수령지			
거래은행 계좌번호 신고서	은행명	보험료 정산 결과 반환액이 발생할 경우 입금될 계좌입니다.	
	계좌번호	(통장 사본을 별도로 요청할 수 있습니다).	

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」 제49조의5제3항 및 같은 법 시행규칙 제46조제3항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인(대표자) (서명 또는 인)

근로복지공단 ○○지역본부(지사)장 귀하

신청인 제출서류	산재보험관리기구 해산결의서 사본	수수료
담당 직원 확인사항	1. 폐업사실 증명원(사업장이 휴업·폐업하는 경우에만 제출합니다) 2. 법인 등기사항증명서	없음

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 휴·폐업사실 증명원을 확인하는 것에 동의합니다(동의하지 않는 경우에는 신고인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다).

신고인(신청인)

(서명 또는 인)

유의사항

- 산재보험
- 제출된 서식만으로 사실 여부의 확인이 곤란한 경우 관련 서류의 보완 요구가 있을 수 있습니다.
 - 사업주는 관리기구의 해산 등으로 보험관계가 소멸한 경우에는 그 보험관계가 소멸한 날부터 14일 이내에 근로자에게 지급한 보수총액 등(보수총액신고서)을 공단에 신고해야 합니다.

작성방법

공통사항

신청인의 경우 반드시 관리기구 대표자의 서명 또는 날인이 있어야 합니다.

처리절차

