

산재보험

사 무 위 탁 서

고용보험

관리번호	고용보험	※업무담당자	성명
	산재보험		연락처
※사업장명			※근로자수
※사업장주소			메일주소
※전화번호		※팩스번호	
※대표자		※전화	

사업자등록번호/법인등록번호

/

- 위탁사항
1. 개산보험료, 확정보험료 등 보험료 신고에 관한 사항
 2. 고용보험 피보험자 자격의 취득 및 상실신고 등 피보험자격관리에 관한 사항
 3. 보험관계의 성립, 변경, 소멸 등의 신고에 관한 사항
 4. 기타 사업주가 지방노동관서 및 공단에 신고 또는 보고하여야 할 보험사무

사무위탁처리
개시일

년 월 일

구비서류

사업자등록증 사본 1부

위와 같이 귀 보험사무대행기관에 고용보험 산업재해보상보험
(임금채권 포함) 사무의 처리를 위탁합니다.

년 월 일

위탁인(대표)

(서명 또는 날인)

보험사무대행기관 대표 손강용 귀하

----- 절 ----- 취 ----- 선 ----- (계인) -----

<input type="checkbox"/> 고용보험 <input type="checkbox"/> 산업재해보상보험 사업을 (승낙·불승낙) 합니다. (임금채권 포함)	불승낙 사유
보 험 가 입 자	
사업장관리번호	

년 월 일

보험사무대행기관 명 칭 **대일노무법인**
 소재지 **서울 영등포구 당산동3가 386-1 서림빌딩 3층**
 대표자 **손강용**
 보험사무대행기관 인가번호 **2008-0035-00**

Tel : 02-507-6161

Fax : 02-307-6161

담당자 :

(210mm×297mm, 신문용지 54g/m²)