

보험사무대행기관 사무위탁서

사업장관리번호		사업장명		상시사용근로자수	명
소재지				전화번호	
대표자		팩스번호 전자메일		사업의 종류	

위탁사항

■ 고용보험 및 산업재해보상보험(임금채권 및 석면피해구제 포함)관련 사무

1. 보수총액 및 근로자 고용정보 신고에 관한 사무
2. 보험료 신고에 관한 사무
3. 보험관계 성립, 변경, 소멸 등의 신고에 관한 사무
4. 기타 관계 법령 및 규정 등에 의하여 사업주가 근로복지공단이나 지방고용노동관서에 신고 또는 보고하여야 할 보험 사무
5. 피보험자격의 취득·상실 및 근로내역확인 신고 등 피보험자관리에 관한 사무(고용보험에 한함)

※ 보험사무대행기관이 상기 위탁사항의 처리에 필요한 정보를 근로복지공단에서 제공받는 것에 동의 함

사무처리 시작 연월일	(예정)	20	년	월	일
-------------	------	----	---	---	---

위와 같이 귀 보험사무대행기관에 [√]고용보험 [√]산업재해보상보험(임금채권 및 석면피해구제 포함) 사무의 처리를 위탁합니다.

위탁사업주 주소	년	월	일
성명	(서명 또는 인)		

노무법인 다현 보험사무대행기관 대표 귀하

.....

[√]고용보험 [√]산업재해보상보험(임금채권 및 석면피해구제 포함) 관련 사무 수탁을 [√]승낙 []불승낙 합니다.

불승낙 사유	
보험가입자 사업장관리번호	

보험사무대행기관 명 칭 노무법인 다현
소재지 서울 서초구 방 나우빌딩
대표자 배로 98 5층
김 광 태

년 월 일



대표귀하