

유의사항

1. 중소기업 사업주의 산재보험 가입신청에 대하여 공단이 승인한 경우 그 신청서의 접수일의 다음 날부터 중소기업 사업주에 대하여 산재보험관계를 적용합니다.
2. 보험료산정 기준보수액은 보험급여의 산정 기준 임금액 및 평균임금으로 적용합니다.
3. 「산업재해보상보험법 시행령」 제35조의2에 따라 수요응답형 여객자동차 운송사업자, 개인택시운송사업자, 킥서비스업자로부터 업무를 의뢰받아 배송 업무를 하는 사람, 킥서비스업자가 본인의 주거지에 업무용 자동차 등의 차고지를 보유하고 있는 경우에는 「산업재해보상보험법」 제37조제1항제3호나목의 ‘통상적인 경로와 방법으로 출퇴근하는 중 발생한 재해에 관한 산재보험료를’ 적용이 제외됩니다.
4. 「산업재해보상보험법」 제124조제4항 및 같은 법 시행령 제124조에 따라 산재보험료 체납기간에 발생한 업무상의 재해에 대해서는 보험급여를 지급하지 않습니다. 다만, 체납한 보험료를 보험료 납부기일이 속하는 달의 다음 다음 달 10일까지 납부한 경우에는 보험급여를 지급받을 수 있습니다.
5. 보험에 가입한 중소기업 사업주가 300명 이상의 근로자를 사용하게 된 경우에도 보험관계 해지 의사가 없는 한 계속하여 보험관계가 유지됩니다.
6. 보험가입을 신청한 당해 연도에는 보험계약 해지가 불가합니다.
7. ‘보험료산정 기준보수액’은 매년 1월말까지만 변경 가능하고 연도 중에는 변경이 불가합니다.

작성방법

1. ‘산재보험 사업장관리번호’란은 근로자 고용으로 이미 성립되어 있는 산재보험 보험관리번호를 적습니다.
2. ‘근로자수’란은 신청서 제출일 당시 사용하고 있는 근로자수를 적습니다.
3. ‘보험료산정 기준보수액’란은 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」 제49조제1항에 따라 고용노동부장관이 고시하는 금액을 적습니다.
4. ‘업무 내용’란에는 중소기업 사업주 자신이 하는 업무의 구체적 내용을 적습니다.
5. ‘근로시간’란에는 사용하고 있는 근로자들의 정해진 근무 시작시각 및 종료시각을 적습니다.
6. 중소기업 사업주로서 하는 업무가 ‘특정업무 종사여부’란에 열거된 특정업무의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 해당하는 특정업무의 []에 "√" 표시를 합니다.
7. ‘특정업무 종사경력’란에는 중소기업 사업주로서 하는 업무가 ‘특정업무 종사여부’란에 열거된 각 호의 어느 하나에 해당할 경우로서, 가입예정자가 과거에 해당하는 특정업무에 종사한 적이 있을 경우 특정업무에 최초 종사한 연월 및 종사한 기간의 합계를 적습니다.
※ 열거한 특정업무의 어디에도 해당하지 않는 경우 ‘특정업무 종사여부’란과 ‘특정업무 종사경력’란은 적지 않습니다.
8. ‘수요응답형 여객자동차운송사업’이란 「농업·농촌 및 식품산업 기본법」 제3조제5호에 따른 농촌과 「수산업·어촌 발전 기본법」 제3조제6호에 따른 어촌을 기점 또는 종점으로 하고, 운행계통·운행시간·운행횟수를 여객의 요청에 따라 탄력적으로 운영하여 여객을 운송하는 사업을 말합니다.

보험사무대행기관 사무위탁서

사업장관리번호		사업장명	홍길동	상시사용근로자수
소재지	서울 종로구 이화장길 70-15			전화번호
대표자		전화번호	010-1234-1234	사업의 종류

위탁사항

- 고용보험 및 산업재해보상보험(임금채권 및 석면피해구제 포함)관련 사무
- 보수총액 및 근로자 고용정보 신고에 관한 사무
 - 보험료 신고에 관한 사무
 - 보험관계 성립, 변경, 소멸 등의 신고에 관한 사무
 - 기타 관계 법령 및 규정 등에 의하여 사업주가 근로복지공단이나 지방고용노동관서에 신고 또는 보고하여야 할 보험 사무
 - 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)	년	월	일
-------------	------	---	---	---

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

0000 년 00 월 00 일

위탁사업주 주소 서울 종로구 이화장길 70-15
성명 홍길동

홍길동
서명 또는 인

보험사무대행기관 대표 귀하

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

불승낙 사유	
보험가입자 사업장관리번호	

년 월 일

보험사무대행기관 명 칭
소재지
대표자

(서명 또는 인)

귀하