



특수형태근로종사자 산재보험 적용제외 신청서

※ 산재보험 적용제외 신청은 특수형태근로종사자 본인이 직접 하셔야 합니다.

접수번호	접수일	처리기간 5일
신고 사업장	사업장관리번호 116-81-46445	대표자 성명 강 성 수
	명칭 한화손해보험주식회사 (SSP추진파트 지역단)	전화번호 1577-3108
	소재지 서울시 영등포구 여의대로 56 한화손해보험빌딩	
특수형태 근로종사자	성명	주민등록번호
	주소	
	휴대전화번호	전화번호

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행규칙」 제44조의5제1항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인(특수형태근로종사자)

(서명 또는 인)

근로복지공단 서울남부지역본부(지사)장 귀하

본인 신청 확인

특수형태근로종사자는 산업재해보상보험 적용제외 신청 시 아래의 사항을 유의하시고, 해당 문장을 자필로 적어주시기 바랍니다.

본인의 의사에 따라 산업재해보상보험 적용제외 신청서를 직접 작성하고 서명 날인합니다.

(특수형태근로종사자 본인의 자필로 작성)

본인의 의사에 따라 산업재해보상보험 적용제외 신청서를 직접 작성하고 서명 날인합니다.

개인정보 수집 및 이용 동의서

본인은 산업재해보상보험 제도 안내, 고객만족도 조사 및 관련 제도개선에 필요한 의견조사 등을 위하여 우편 또는 휴대전화 등으로 관련 정보 등을 수신하는 것에 동의합니다.

- 개인정보의 수집 및 이용 목적: 관련 제도 홍보자료 제공 및 제도개선에 필요한 의견조사 등
- 수집하는 개인정보의 항목: 신청인 성명, 주소 및 휴대전화번호 등 연락처
- 개인정보의 수집 및 이용기간: 해당신고 사업장에서 이직 후 3년
- 동의 거부 권리 등 안내: 신청인은 개인정보 수집 및 이용에 관하여 동의하지 않을 수 있으며, 이 경우 공단이 제공하는 산재보험 제도 안내 및 관련 정보 등은 제공받을 수 없습니다.

신청인

(서명 또는 인)

처리절차

신청서 작성

→

접수 및 확인

→

신청서 처리

→

처리결과 통지

→

수령

신청인

근로복지공단

신청인