■ 고용보험법 시행규칙[별지 제82호서식]

취 업 사 실 신 고 서

※ 첨부서류 : **재직증명서** 또는 **근로계약서** 1부
※ 접수기한 : 취업일로부터 **2개월** 이내 (기한초과 시 실업급여 소멸)
※ 팩스번호 : 02-6915-4114 ※ 전화번호 : 02-2680-1500

* 담당창구 ( )번 ▸ 별표(★) 부분은 필수로 작성해주시기 바랍니다.	처리기한 1일

★신 청 인 (수급자격자)	① 성명	② 주민등록번호
	③ 주소 (휴대전화:)	
④ 지급계좌 (변경 시에만 기재)	은행명: 계좌번호: 예금주:	
⑤ 실업인정대상기간	(지난 실업인정일 다음날) 월 일 ~ (취업일 전일) 월 일	
★⑥ 지난 실업인정일 다음날 ~ 취업일 전일까지의 실업사실 확인	근로사실 (일용직, 아르바이트 등)	[ ] 없음 [ ] 있음 [근로일: 소득(예정)액:]
	사업자등록 (자영업개시)	[ ] 없음 [ ] 있음 [등록일(시작일): 사업내용:]
	산재휴업급여	[ ] 없음 [ ] 있음 [재해일:]
★⑦ 취업 내역 (취직, 자영업 중 해당란 기재)	취직	■ 취업일자: ■ 회사명: ■ 전화번호:
	자영업	■ 개시일자: ■ 상호: ■ 전화번호:

「고용보험법」 제47조제2항 및 제69조의9, 같은 법 시행령 제65조제3항 및 제93조의2, 같은 법 시행규칙 제92조 및 제115조의5에 따라 위와 같이 신청하며, 위 내용이 사실임을 확인합니다.

★ 년 월 일

★ 신청인 (서명 또는 인)

중부지방고용노동청(안양지청)장 귀하

※ 아래 란은 적지 아니합니다.

실업인정 유형		[ ] 실업인정일 변경 [ ] 증명서에 따른 실업인정 [ ] 잠정실업인정 [ ] 해고효력을 다투는 자의 실업인정 [ ] 상병급여 청구와 병행 [ ] 유족에 따른 실업인정						
지급사항	처리	실업인정일수		구직급여산출내역			지급액	
		부지급사유						
접수	접수연월일	접수번호	결재	담당	팀장	과장	청(소장)	결재연월일
	. . .			전결				. . .

210mmX297mm[백상지 80g/㎡]