

법인대표자 무보수 확인서

사업장	사업장명		사업자등록번호(고유번호)	
	사업장관리번호		전화번호	
	팩스		E-mail	
대표자	성명		생년월일	_____ - _*****
	휴대전화번호		E-mail	
	팩스, E-mail은 있는 경우만 기재			
대표자 보수 미지급 기간				
시작일	년	월	일	~ 종료일 년 월 일
※ 보수 미지급 기간의 종료일 미정 시 종료일을 9999.12.31.로 기재				

본 법인(또는 단체) 사업장의 대표자는 상기 기재된 내용과 같이 보수를 지급받지 않는 무보수 대표자임을 확인합니다.

20 . . .

신청자(대표자/법인명): (인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

※ 유의사항 ※

1. 직장가입자인 대표자가 무보수 확인서를 제출할 경우, 직장가입자 자격상실 신고서도 함께 제출하여야 합니다.
2. 1인 법인사업장의 대표자가 무보수 확인서를 제출할 경우, 사업장 탈퇴신고서도 함께 제출하여야 합니다.
3. 추후 국세청 자료연계 또는 지도점검 등을 통하여 보수 지급 사실이 확인될 경우, 사업장의 직장가입자 자격취득 사유발생일로 직장가입자 자격이 소급하여 취득되며 그로 인한 보험료 정산으로 보험료가 발생할 수 있습니다.
4. 6개월 이상 소급하여 신고할 경우 해당 확인서가 아닌 대표자의 무보수 미 해당기간을 확인할 수 있는 정관, 규정, 이사회 의사록, 조례 중 하나를 제출하여야 합니다.
5. 신청서에 사용하는 인감은 법인인감(또는 사용인감)을 사용하여 날인하여 주시기 바랍니다.