

건강보험 사업장 가입제외 확인서

| | | | | |
|-----|----------------|--|-------------|--|
| 사업장 | 명칭 (상 호) | | | |
| | 주 소 | | | |
| | 대표자성명 | | | |
| | 법인번호 (생년월일) | | 사업자 등록번호 | |
| | 전화번호 | | 휴대폰번호 | |

○ 제외사유 (해당하는 □내에 √표시)

- ☐ 근로자가 없고 개인 대표자만 있는 개인사업장
- ☐ 근로자가 없고 무보수대표자만 있는 법인사업장
- 보수 없는 기간: 년 월 일 ~ 년 월 일 (☐ 기한없음)
- 추후 국세청, 지도점검 등을 통해 보수지급 사실이 확인될 경우, 상기 사업장의 적용 사유발생일로 소급 취득하며 그로 인해 발생한 건강(장기요양)보험료를 납부할 것을 확인합니다.
- 6개월 이상 소급 신고 시 정관, 이사회 회의록 등 무보수 사실 확인 가능 서류 첨부
- ☐ 부도·도산사업장
- 금융기관의 금융거래사실확인서, 파산선고판결문 등 관련서류 첨부
- ☐ 기타사유(상세히 기재 : _____)
- 해당 사실 증명 서류 첨부

※ 이미 가입 중인 사업장은 (사업장관리번호:) 기재 바랍니다.

○ 첨부서류 :

우리 사업장은 위의 사유로「국민건강보험법」제7조에 의한 건강보험 가입대상 사업장이 아님을 확인하며, 추후 근로자 고용 등으로 건강보험 가입대상일 경우 14일 이내에 『건강보험 사업장(기관)적용신고서』를 제출하겠음을 확인합니다.

만일 위 신고사실이 허위인 때에는「국민건강보험법」제115조(벌칙) 및 제119조(과태료)에 의한 벌금, 과태료 부과, 사업장 직권가입으로 불이익을 받을 수 있음을 확인하였습니다.

20

신고인(사용자): (인)

국민건강보험공단

지사장 귀하