|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **사업장** | **명칭(상호)** |  | | | | **주소** |  | | | | **대표자성명** |  | | | | **법인번호**  **(생년월일)** |  | **사 업 자**  **등록번호** |  | | **전화번호** |  | **휴대폰번호** |  |   **건강보험 사업장 가입제외 확인서**  **❍ 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 사유 발생일로 소급 취득하며 그로 인해 발생된 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 . . .  사용자(대표자) : (인)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **국민건강보험공단** |  | **지사장** **귀하** | |