

(작성예시) ☒중소기업 사업주 ☐가족종사자 산재보험 가입신청서

근로자 사용 여부(해당 <input checked="" type="checkbox"/> )	근로자 사용 <input type="checkbox"/>	근로자 미사용 <input checked="" type="checkbox"/>
--	---------------------------------	---

(앞쪽)

※ 뒤쪽의 유의사항과 작성방법을 읽고 작성하시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 “√” 표를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간	7일	
산재보험 사업장관리번호		중소기업 사업주· 가족종사자 사업장관리번호		
사업장	상호(법인명)	한 예 복 (본인 이름)		
	소재지	서울 중구 한강대로 416 서울스퀘어 3층 (본인 주민등록지 기재)		
	우편물 수령지	서울 종로구 이화장길 70-15 3층 (실 거주지/보험료 고지서 수령지)		
	전화번호	02-3668-0200	휴대전화	010-0000-0000
	사업자등록번호		법인등록번호	
사업주	근로자수		전자우편주소	insure@kawf.kr
	성명	홍 길 동	주민등록번호	987654-1234567
가족종사자	주소	서울 중구 한강대로 416 서울스퀘어 3층 (본인 주민등록지 기재)		
	성명		주민등록번호	
	주소			
보험가입 신청내용	기준보수액	8	등급( 5,792,220 원)	※본인이 희망하는 등급 선택
	업무 내용	연기자, 조명스태프, 연극연출, 구성작가, 만화가, 무용수, 성악가, 큐레이터, 석공예가, 드럼연주, 작곡가 등 ※본인의 주요 예술활동 내용 작성		
	근로시간	부터 까지		
	특정업무 종사여부	[ ] 분진작업을 수행하는 업무 [ ] 진동 공구를 사용하는 업무 [ ] 납 업무 [ ] 유기용제를 취급하는 업무		
	특정업무 종사경력	최초 종사연월	년	월
	종사한 기간의 합계	년	월	
	근로자를 사용하지 않는 사업주 중 수요응답형 여객자동차운송사업자, 개인택시운송사업자 또는 퀵서비스업자	본인의 주거지에 업무용 자동차 등의 차고지 보유 여부		
		[ ] 예	[ ] 아니오	

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」 제49조제2항 및 같은 법 시행규칙 제43조의2제1항에 따라 위와 같이 산재보험 가입을 신청합니다.

0000 년 00 월 00 일  
신청인(보험가입자) 한 예 복 (서명 또는 인)  
[ ]보험사무대행기관 (서명 또는 인)

근로복지공단 ○○지역본부(지사)장 귀하

첨부서류	1. 건강진단서 1부(중소기업 사업주와 가족종사자가 분진·진동·납 및 유기용제 관련 업무 종사자인 경우에만 해당합니다) 2. 사실상 혼인관계 존재확인청구에 따른 판결문 또는 인우보증서 등 가족관계를 확인할 수 있는 서류(사실혼의 경우만 해당합니다)	수수료 없음
담당직원 확인사항	가족관계증명서(가족종사자의 경우만 해당합니다)	

※ 처리 사항(아래 사항은 신청인이 적지 않습니다)

보험관계 성립일		승인 여부	[ ]승인 [ ]불승인
건강진단 실시기간	년 월 일부터	년 월 일까지	

## 개인정보 수집 및 이용 동의서(선택)

본인은 산업재해보상보험 제도 안내 및 관련 제도개선에 필요한 의견조사 등을 위해 우편 또는 휴대전화 등으로 관련 정보를 수신하는 것에 동의합니다.

- ① 개인정보의 수집 및 이용 목적: 관련 제도 홍보자료 제공 및 제도개선에 필요한 의견조사 등
- ② 수집하는 개인정보의 항목: 신청인 성명, 주소 및 휴대전화번호 등 연락처
- ③ 개인정보의 수집 및 이용기간: 해당 보험관계의 해지 후 1년
- ④ 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.

위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의안함

신청인 한 예 복 한 예 복는 인)

## 행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 담당직원 확인사항의 행정정보를 확인하는 것에 동의합니다. \*동의하지 않는 경우에는 신고인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신고인 한 예 복 한 예 복는 인)

## 유의사항

1. 중소기업 사업주·가족종사자의 산재보험 가입신청에 대해 공단이 승인한 경우 그 신청서의 접수일의 다음 날부터 중소기업 사업주·가족종사자에 대해 산재보험관계를 적용합니다.
2. 가족종사자란 사업주의 배우자(사실상 혼인 관계 포함) 및 4촌 이내의 친족을 말하며, 「근로기준법」상 근로자인 사람(산재·고용보험 당연적용 대상)은 제외됩니다.
3. 보험료산정 기준보수액은 보험급여의 산정 기준 임금액 및 평균임금으로 적용합니다.
4. 「산업재해보상보험법 시행령」 제35조의2에 따른 수요응답형 여객자동차운송사업자, 개인택시운송사업자, 퀵서비스업자(소화물의 집화·수송 과정 없이 그 배송만을 업무로 하는 사업을 말합니다)로서 근로자를 사용하지 않으며, 본인의 주거지에 업무에 사용하는 자동차 등의 차고지를 보유하고 있는 경우에는 「산업재해보상보험법」 제37조제1항제3호나목에 따른 출퇴근 재해에 관한 산재보험료를 적용이 제외됩니다.
5. 「산업재해보상보험법」 제124조제6항 및 같은 법 시행령 제124조에 따라 산재보험료 체납기간에 발생한 업무상의 재해에 대해서는 보험급여를 지급하지 않습니다. 다만, 체납한 보험료를 보험료 납부기일이 속하는 달의 다음 다음 달 10일까지 납부한 경우에는 보험급여를 지급받을 수 있습니다.
6. 보험에 가입한 중소기업 사업주·가족종사자가 300명 이상의 근로자를 사용하게 된 경우에도 보험관계 해지 의사가 없는 한 계속하여 보험관계가 유지됩니다.
7. 보험가입을 신청한 해당 연도에는 보험계약을 해지할 수 없습니다.
8. ‘보험료산정 기준보수액’은 매년 1월말까지만 변경이 가능하고 연도 중에는 변경할 수 없습니다.

## 작성방법

1. ‘산재보험 사업장관리번호’란은 근로자 고용으로 이미 성립되어 있는 산재보험 보험관리번호를 적습니다.
2. ‘근로자수’란은 신청서 제출일 당시 사용하고 있는 근로자수를 적습니다.
3. ‘가족종사자’란은 가족종사자에 대하여 별도 보험에 가입하려는 경우에만 적습니다. 사업주와 가족종사자가 동시에 보험에 가입하려는 경우에는 각자 작성하여 제출해야 합니다.
4. ‘보험료산정 기준보수액’란은 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」 제49조제1항에 따라 고용노동부장관이 정하는 금액을 적습니다.
5. ‘업무 내용’란에는 중소기업 사업주·가족종사자 자신이 하는 업무의 구체적 내용을 적습니다.
6. ‘근로시간’란에는 사용하고 있는 근로자들의 정해진 근무 시작시각 및 종료시각을 적습니다.
7. 중소기업 사업주·가족종사자로서 하는 업무가 ‘특정업무 종사여부’란에 열거된 특정업무에 해당하는 경우에는 그 해당하는 특정업무의 [ ]에 “√” 표시를 합니다.
8. ‘특정업무 종사경력’란에는 중소기업 사업주·가족종사자로서 하는 업무가 ‘특정업무 종사여부’란에 해당하는 경우로서 가입예정자가 과거에 해당 특정업무에 종사한 경우에는 특정업무에 최초 종사한 연월 및 종사한 기간의 합계를 적습니다.  
※ 특정업무에 해당하지 않는 경우에는 ‘특정업무 종사여부’란과 ‘특정업무 종사경력’란은 적지 않습니다.
9. ‘수요응답형 여객자동차운송사업’이란 「농업·농촌 및 식품산업 기본법」 제3조제5호에 따른 농촌과 「수산업·어촌 발전 기본법」 제3조제6호에 따른 어촌을 기점 또는 종점으로 하고 운행계통·운행시간·운행횟수를 여객의 요청에 따라 탄력적으로 운영하여 여객을 운송하는 사업을 말합니다.

# 중·소기업 사업주 산재보험 가입신청 확인서

성명	한 예 복 (본인 이름)	생년월일	2012.11.19.
사업장명	한 예 복 (본인 이름) ※ 사업자등록이 없을 경우 이름/업종(예시: 홍길동/도매업)으로 기재	사업자등록번호	없음 ※ 사업자등록이 없을 경우 "없음"으로 기재

다음은 중·소기업 사업주 산재보험과 관련하여 알아두어야 할 사항입니다.  
가입 전에 반드시 읽어보시고 충분히 이해하신 후에 □에 √표시하여 주시기 바랍니다.  
작성 중 궁금한 사항은 근로복지공단(☎1588-0075)으로 문의하여 주시기 바랍니다.

1	산재보험료 및 보험급여 산정의 기초가 되는 보수액 및 평균임금	<input checked="" type="checkbox"/>																																										
	<table> <tr> <th>등급</th> <th>보수액(월)</th> <th>평균임금(1일)</th> <th>등급</th> <th>보수액(월)</th> <th>평균임금(1일)</th> </tr> <tr> <td>1등급</td> <td>2,405,840</td> <td>78,880</td> <td>7등급</td> <td>5,308,450</td> <td>174,040</td> </tr> <tr> <td>2등급</td> <td>2,889,600</td> <td>94,740</td> <td>8등급</td> <td>5,792,220</td> <td>189,900</td> </tr> <tr> <td>3등급</td> <td>3,373,370</td> <td>110,600</td> <td>9등급</td> <td>6,275,990</td> <td>205,760</td> </tr> <tr> <td>4등급</td> <td>3,857,140</td> <td>126,460</td> <td>10등급</td> <td>6,759,750</td> <td>221,620</td> </tr> <tr> <td>5등급</td> <td>4,340,910</td> <td>142,320</td> <td>11등급</td> <td>7,243,520</td> <td>237,490</td> </tr> <tr> <td>6등급</td> <td>4,824,680</td> <td>158,180</td> <td>12등급</td> <td>7,727,290</td> <td>253,354</td> </tr> </table> <p>가. 보수액은 본인의 실제 소득과 무관하며, 상기 보수액 중 본인이 신청서에 기재한 등급별 보수액(월)이 적용됩니다.</p> <p>나. 등급별 보수액(월) 등은 매년 고용노동부장관이 고시(보수액 변경됨)하며, 매년 등급(보수액)은 해당 보험 연도의 1월 말 일까지만 변경 가능(신고하지 않을 경우 전년 등급 유지)하고, 선택 후 연도 중에는 변경이 불가능합니다.</p>	등급	보수액(월)	평균임금(1일)	등급	보수액(월)	평균임금(1일)	1등급	2,405,840	78,880	7등급	5,308,450	174,040	2등급	2,889,600	94,740	8등급	5,792,220	189,900	3등급	3,373,370	110,600	9등급	6,275,990	205,760	4등급	3,857,140	126,460	10등급	6,759,750	221,620	5등급	4,340,910	142,320	11등급	7,243,520	237,490	6등급	4,824,680	158,180	12등급	7,727,290	253,354	<input checked="" type="checkbox"/>
등급	보수액(월)	평균임금(1일)	등급	보수액(월)	평균임금(1일)																																							
1등급	2,405,840	78,880	7등급	5,308,450	174,040																																							
2등급	2,889,600	94,740	8등급	5,792,220	189,900																																							
3등급	3,373,370	110,600	9등급	6,275,990	205,760																																							
4등급	3,857,140	126,460	10등급	6,759,750	221,620																																							
5등급	4,340,910	142,320	11등급	7,243,520	237,490																																							
6등급	4,824,680	158,180	12등급	7,727,290	253,354																																							
2	가입 신청 시 알아두어야 할 사항	<input checked="" type="checkbox"/>																																										
	<p>가. 중·소기업 사업주가 장소를 달리하여 둘 이상의 사업을 행하는 경우에는 둘 이상의 사업에 모두 가입하여야 모든 사업에서 보호가 가능합니다.</p> <p>나. 건설업 사업주의 경우 본사(사무실)와 현장을 각각 가입하여야 모든 재해에 대한 보호가 가능합니다.</p> <p>다. 보험가입을 신청한 당해 연도에는 보험계약 해지가 불가능(폐업 제외)합니다.</p> <p>라. 2023.7.1.부터 특수형태근로종사자(노무제공자)의 전속성 기준이 폐지되어 비전속 업무 수행 등을 이유로 중·소기업 사업주 산재보험에 가입할 수 없습니다.</p>	<input checked="" type="checkbox"/>																																										
3	보험료 체납 시 불이익(산재보험법 제124조 및 같은 법 시행령 제124조)	<input checked="" type="checkbox"/>																																										
	<p>가. 중·소기업 사업주가 보험료를 체납한 기간 중에 발생한 업무상 재해에 대하여는 보험급여를 지급하지 않습니다.</p> <p>- 다만, 체납한 보험료를 보험료 납부기일(매달 10일)이 속하는 달의 다음다음 달 10일까지 납부한 경우에는 보험급여 지급이 가능함</p> <p>나. 보험료가 체납되는 경우에는 공단이 보험관계를 직권으로 소멸할 수 있으니, 법정 납부 기일까지 반드시 납부하여 주시기 바랍니다.</p> <p>(예시) 1월 보험료의 납부기일이 2.10.이고 1월 보험료를 4.10.까지 납부하지 않을 경우 2.11.부터 발생한 재해에 대해서는 보험급여가 지급되지 않고, 공단에서 보험관계를 직권 소멸 조치함</p>	<input checked="" type="checkbox"/>																																										

위 내용에 대하여 충분히 이해하였음을 확인하고, 중·소기업 사업주 산재보험 가입을 신청합니다.

2024 년 0 월 0 일

신청인 : 한 예 복 (서명 또는 인)

근로복지공단 장 귀하

보험사무대행기관 사무위탁서

사업장관리번호		사업장명	한 예 복 (본인 이름)	상시사용근로자수
소재지	서울 중구 한강대로 416 서울스퀘어 3층 (본인 주민등록지)			전화번호
대표자		전화번호	010-0000-0000	사업의 종류

위탁사항

- ☐ 고용보험 및 산업재해보상보험(임금채권 및 석면피해구제 포함)관련 사무
1. 보수총액 및 근로자 고용정보 신고에 관한 사무

2. 보험료 신고에 관한 사무

3. 보험관계 성립, 변경, 소멸 등의 신고에 관한 사무

4. 기타 관계 법령 및 규정 등에 의하여 사업주가 근로복지공단이나 지방고용노동관서에 신고 또는 보고하여야 할 보험 사무

5. 피보험자력의 취득·상실 및 근로내역확인 신고 등 피보험자관리에 관한 사무(고용보험에 한함)
- ※ 보험사무대행기관이 상기 위탁사항의 처리에 필요한 정보를 근로복지공단에서 제공받는 것에 동의 함

사무처리 시작 연월일	(예정)	년	월	일
-------------	------	---	---	---

위와 같이 귀 보험사무대행기관에 [ ]고용보험 [ V ]산업재해보상보험(임금채권 및 석면피해구제 포함) 사무의 처리를 위탁합니다.

0000 년 00 월 00 일

위탁사업주 주소 (본인 주민등록지)

성명한 예 복한 예 복는 인)

\_\_\_\_\_보험사무대행기관 대표 귀하

.....

[ ]고용보험 [ ]산업재해보상보험(임금채권 및 석면피해구제 포함) 관련 사무 수탁을 [ ]승낙 [ ]불승낙 합니다.

불승낙 사유	
보험가입자 사업장관리번호	

년 월 일

보험사무대행기관 명 칭

소재지

대표자(서명 또는 인)

\_\_\_\_\_귀하