

4 대보험 신고 업무 위임장

본인은 아래 수임인에게 4 대 사회보험 신고 업무에 관한 권한을 위임합니다.

1. 위임인 (사업장)

사업장명		대표자	
사업장 주소			
연락처		사업자등록번호	

2. 수임인 (노무사·세무대리인)

사무소명		담당자 성명	
등록번호		연락처	
주소			

3. 위임 범위

국민연금	사업장 신고, 자격취득·상실 신고	
건강보험	사업장 신고, 자격취득·상실 신고	
고용보험	사업장 신고, 자격취득·상실 신고	
산재보험	사업장 신고, 자격취득·상실 신고	

위임 기간	20 년 월 일 ~ 20 년 월 일
-------	---------------------

- 수임인은 위임받은 범위를 벗어나 자료를 사용하거나 제 3 자에게 제공하지 않습니다.
- 위임 기간이 끝나면 본 위임장의 효력은 소멸합니다.

위 위임 내용은 본인의 의사에 따른 것임을 확인합니다.

20 년 월 일

위임인(사업장) : (서명 또는 인)

수임인 : (서명 또는 인)

※ 신고 기한은 보험 종류별로 다르므로 관할공단·근로복지공단 안내를 확인하십시오.