

《4대보험 미가입 요청서》

《기본정보》

회사명		업종		사업자번호		인사담당	
근로자명		연락처		주민번호		주소	

《요청사항》

내용	상기 근로자는 4대보험 미가입 사실에 따른 제반 불이익에 관한 아래의 사항을 확인하고 사업자로 하여 4대보험 미가입 처리를 요청한다.		
확인사항	1) 4대보험은 국민연금, 의료보험, 고용보험, 산재보험으로 보험의 가입이 의무화 되어 있으며 보험 취득 대상이나 근로자의 요청으로 인하여 취득하지 않는 경우 추후 사업장으로 직권으로 취득 처리 보험료 징수가 이루어질 수 있습니다. 2) 전 항의 사유로 보험료 징수가 이루어 지는 경우 재직중 또는 퇴사후에도 보험료 중 근로자 본인부담에 따른 보험료의 납부 의무가 있습니다. 3) 상기 근로자의 요청으로 인하여 4대보험을 취득하지 않는 경우 사업주는 당연한 경비처리를 받을 수 없는 결과로 높은 세율의 소득세를 부담하게 됩니다.		
요청사유	※ 아래 요청사유는 추후 법률적 증빙 자료로 사용되며 자필로 상세히 기재합니다.		
기타사항			
상기 사항을 확인 하고 4대보험을 취득하지 않음을 요청합니다.			
상기근로자		이름	연락처
		(서명)	