# 勞工保險 傷病給付 申請書及給付收據

※無須檢附醫療費用收據

受理號碼： - -21-　　填表日期　年　月　日　（填表前請詳閱背面說明）

**被保險人**

| 姓名 | 林雪清 | 出生日期 | 民國63年6月11日 | 身分證號(居留證或護照號碼) | H 1 2 3 9 5 2 4 4 3 |
|---|---|---|---|---|---|

郵遞區號：□□□-□□□　通訊地址：新北市土城區日新街18號2樓3F

行動電話：0988489495　電　話：(02)8262-1247

□核付後同意以簡訊通知，不寄送紙本核定函。

□如經審查需補正書表時，僅通知被保險人補正。（註：如未勾選，則通知投保單位及被保險人雙方，請單位協助補正書表手續。）

**保險事故**

傷病類別：□普通傷害 ☑普通疾病　傷病發生日期：112年11月16日

註：申請普通傷害者，傷病發生日期為受傷發生日；申請普通疾病者，傷病發生日期為住院之第1日。

申請因傷病住院不能工作期間及日數（※門診或在家療養期間，不在給付範圍）

自112年11月16日至112年11月19日　□連續期間（註：申請連續期間者，不需統計日數）　□斷續期間，共計　日

被保險人因傷病住院不能工作期間取得薪資(或報酬)情形

□1.未取得任何薪資或報酬

☑2.住院不能工作期間取得部分薪資或報酬

□3.已取得原有薪資或報酬（如請下列假別者請勾填：□特休假□排休 □彈性假 □輪休假 □加班補休）

**給付方式（請勾選一項）**

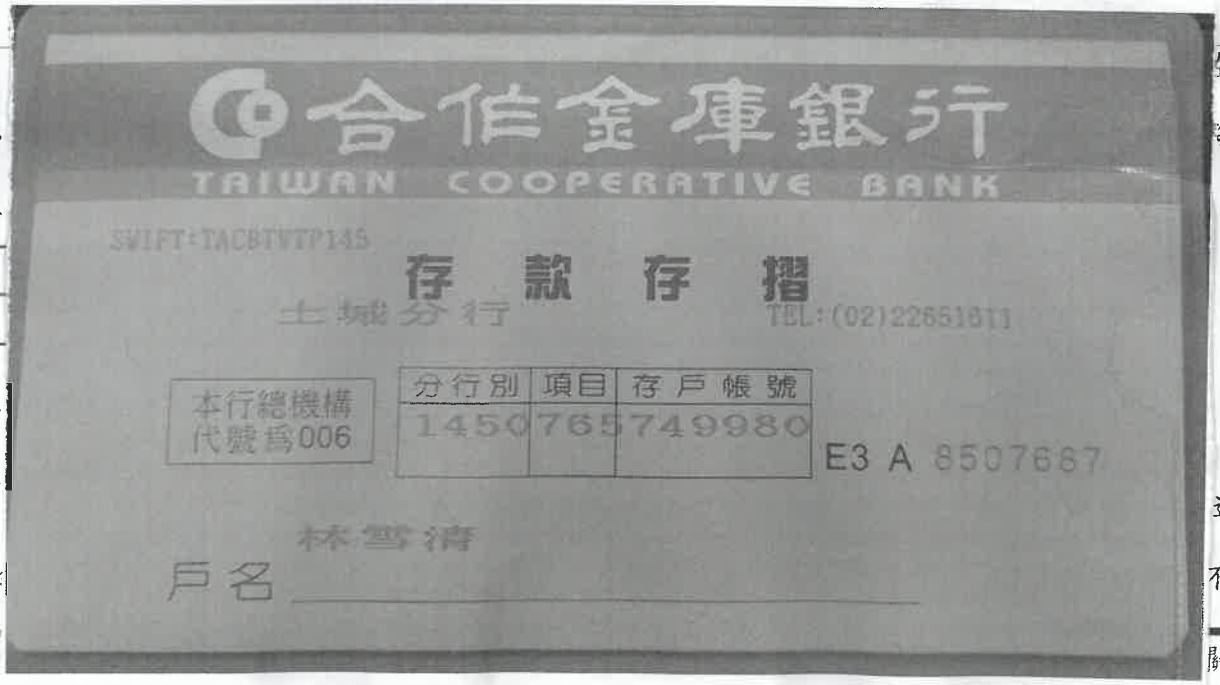
※一、

二、

1.☑匯

2.□匯

3.□匯




左至右填

符，以免

退專戶

不會被扣

以上各欄位

關機關團體調閱相關資料。如有溢領之保險給付，同意貴局逕自本人或受益人得領取之保險給付扣減繳還。

被保險人（或受益人）簽名或蓋章：林雪清（請正楷親簽）

（註：如被保險人為「未成年」或「受監護宣告」者，請法定代理人副署簽章並檢附戶口名簿影本）

**投保單位證明欄**

上列各項經查明屬實，特此證明。

保險證號：　單位名稱：

負責人：　經辦人：

電話：(　)　地　址：

(單位印章)

※申請手續請洽投保單位辦理，免費又方便，無須委由他人代辦，各項欄位請覈實填寫，如有偽造、詐欺等不法行為，將移送司法機關辦理，如有疑義請電洽本局(電話：02-23961266轉分機2236)。

※郵寄或送件地址：100232臺北市中正區羅斯福路1段4號「勞動部勞工保險局」收。

111.05