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	黃韻澄	出生日期	民國 072 年 2 月 25 日	身分證號(居留證或護照號碼)	F 2 2 5 6 3 4 2 8 8

郵遞區號：□□□-□□□　通訊地址：新北市中和区捷運路108号

行動電話：0988639893　電　話：

☑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：113 年 4 月 23 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 113 年 4 月 23 日至 113 年 5 月 20 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　4/23〈特休假〉, 4/24-5/20 半薪病假

☐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、…　…左至右填

二、…　…符，以免

1.☑匯…

2.☐匯…

3.☐匯…　…。

…退專戶

※…　…不會被扣

合作金庫銀行
TAIWAN COOPERATIVE BANK

綜合存款存摺　補發

雙和分行　TEL:(02)82271627



本行總機構代號為006

分行別	科目	存戶帳號
1449	872	421069

AB 2104834

戶名 黃韻澄 小姐

以上各欄位均據實填寫，為審核給付需要，同意貴局可逕向衛生福利部中央健康保險署或其他有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：黃韻澄　（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：P053436169　單位名稱：鈺緯科技開發〈股〉公司

負責人：黃漢州　經辦人：黃耀玲

電話：(02)2226-8671　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