# 勞工保險 失能給付 申請書及給付收據

受理號碼：　　號　填表日期　年　月　日

填表前請詳閱背面說明，手機掃描右方 QR code 可參考範例

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保險人 | 姓名 | 高○○ | 出生日期 | 民國63年12月01日 | 身分證(居留證或護照號碼) | F2226997?8 |
| | 通訊地址 | 郵遞區號：247－　電話：(　)　行動電話：<br>新北 縣市 蘆洲 鄉鎮市區 水湳 村里 民族 路街 422 段 2022 巷弄 7 號 7 樓 | | | 前述地址為：(請勾選) □戶籍地址 □現地址 | 職務名稱 |
| | | ※外籍被保險人請填寫：<br>國籍：　母國地址：　(請以英文填寫) | | | | |

**保險事故**

傷病類別：□普通傷害(3)　☑普通疾病(4)

傷病發生日期：　年　月　日　※申請「普通傷害」者，請填受傷發生日；申請「普通疾病」者，請填疾病確診日。

診斷失能日期：　年　月　日

**申請給付項目**

本人申請失能給付，決定選擇依下列☑方式領取（請詳閱背面說明二規定）：

申請金額

※請擇一勾選，如有更改請於更改處簽名或蓋章（須與本申請書簽名或蓋章相符）；經勞保局核付後，不得再變更。

※未勾選者，經審定未達失能給付標準附表「終身無工作能力」之項目，勞保局逕按一次金發給。

※經審定符合「終身無工作能力」之項目，或按月領取年金給付者，應自診斷永久失能之日退保。

1. ☑**一次領取失能給付**(如經評估無工作能力，欲領取年金給付者，請勾選第2項)
2. □**按月領取失能年金給付**（如經審定符合失能給付標準附表「終身無工作能力」之項目，或經個別化專業評估為終身無工作能力，欲領取年金給付者，可選擇此項。領取年金給付，如有符合加發規定之配偶或子女者，應一併檢附「勞工保險失能年金加發眷屬補助申請書及給付收據」。）

元（如無法核算，可不必填寫）

**給付方式（※請擇一勾選）**

※所檢

1、☑匯

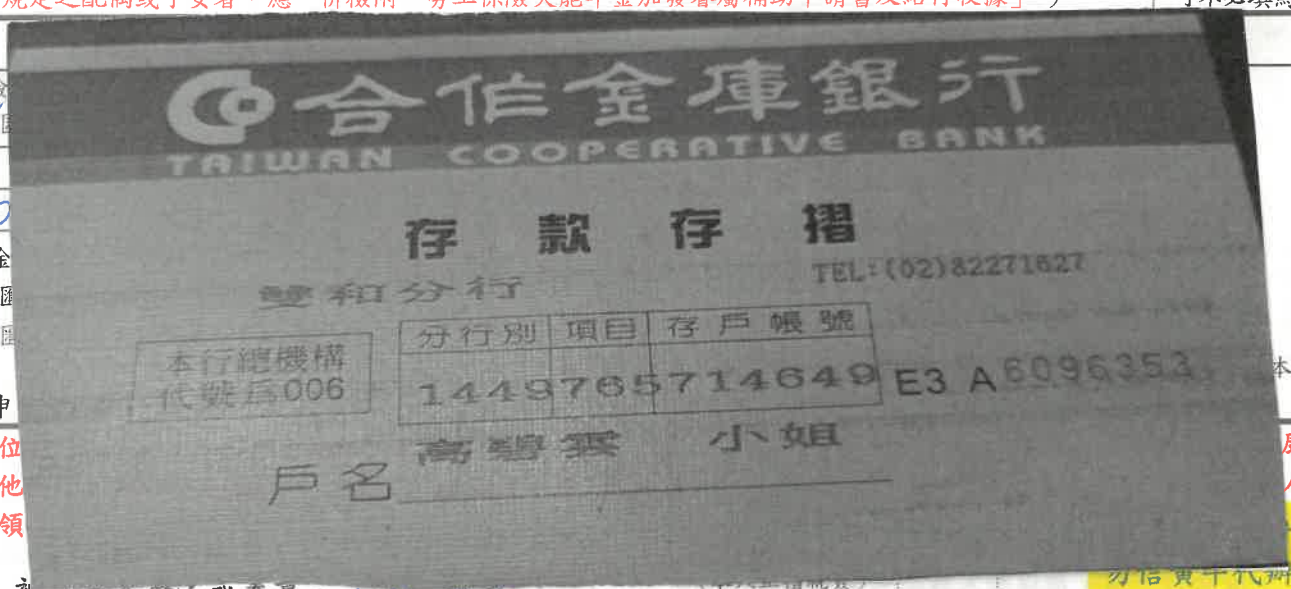
0

※金

2、□匯

3、□匯

※申




以上各欄位　康保險署或其他　人或受益人請領

被保險人簽名或蓋章：

(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。(被保險人診斷永久失能時已退保者，本欄得免予蓋章)

保險證號：P053436164　單位名稱：鈺緯科技開發股份有限公司

負責人：黃漢州　經辦人：黃雅妮

電話：(02)2226-8631　地址：新北市中和區中山路二段359號4樓

(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、詐欺等不法行為者，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 2250)。

※勞工保險失能給付標準相關法規，可至勞動部勞工保險局全球資訊網 https://www.bli.gov.tw 查詢。

※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。

111.09