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 115 年 2 月 25 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	詹易明	出生日期	民國 70 年 6 月 19 日	身分證(居留證或護照號碼)	A 1 2 1 1 0 2 1 8 0
通訊地址	郵遞區號：235-602　電話：(　)　行動電話： 新北 縣市 中和 鄉鎮市區 村里 中山 路街 二 段 巷弄 351 號 9 樓			前述地址為：(請勾選) ☐戶籍地址 ☑現地址	職務名稱 RMA 工程師
	※外籍被保險人請填寫： 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：113 年 5 月 19 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：115 年 2 月 24 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）：

※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」。）

申請金額：　　元（如無法核算，可不必填寫）

給付方式（※請擇一勾選）



以上
險
受益人請領之保險給付和減之

被保險人簽名或蓋章：詹易明　(本人正楷親簽)　　勿信黃牛代辦

(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：P05343616G　單位名稱：鈺緯科技開發股份公司

負責人：黃漢州　經辦人：黃雅玲

電話：(02)22268631 #221　地址：新北市中和區中山路二段351號9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