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 3 月 2 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：0921-899995

新北市 縣 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 26 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）

・・・・・・請將申請人之存簿封面影本浮貼於背面・・・・・・

※所檢附之存簿封面影本應可清晰辨識，帳戶姓名須與申請人相符，以免無法入帳。

1、☐匯入申請人在金融機構之存簿帳戶：合作金庫 銀行 雙和 分行

總代號	帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)
006		5344872802770

※金融機構存簿之總代號及帳號，請分別由左至右填寫完整，位數不足者，不須補零。

2、☐匯入申請人在郵局之存簿帳戶：局號：☐☐☐☐☐☐－☐　帳號：☐☐☐☐☐☐－☐

3、☐匯入申請人專戶：☐請勞保局郵寄「開立專戶函」，申請人再至指定之金融機構開立專戶。

☐檢附申請人已於土地銀行或郵局開立之勞保/職保/國保/就保/勞退/農退專戶存簿封面影本。

※申請人因債務問題致帳戶有遭扣押之虞，可申請開立專戶，僅供存入保險給付且存款不會被扣押或強制執行。

以上各欄位均據實填寫且確定選擇上開勾選之申請給付項目，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機關團體調閱相關資料。如有溢領之保險給付，亦同意貴局可逕依勞工保險條例第 29 條第 4 項規定自本人或受益人請領之保險給付扣減之。

被保險人簽名或蓋章：詹易明　(本人正楷親簽)

※申請給付勿信黃牛代辦

(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：鈺緯科技開發股公司

負責人：黃漢州　經辦人：黃雅詮

電話：(02)2226-8631 #221　地址：新北市中和区中山路二段351号9F

(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