勞工保險 傷病給付 申請書及給付收據

※所患傷病如為職災事故所致，請填寫「勞工職業災害保險申請書表」，勿填送此表格
※無須檢附醫療費用收據

(填寫範例)

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	吳思葵	出生日期	民國 75 年 7 月 25 日	身分證號(居留證或護照號碼)	F 2 2 6 4 0 0 7 1 3

郵遞區號：220 通訊地址：新北市板橋區莊敬路109號2F

行動電話：0988-907351 電 話：(02) 2222-8631 #700

※勞保局於核付後將以簡訊通知，如需書面核定函，則請勾選 □。
※如經審查需補正書表時，僅通知被保險人補正，則請勾選 □。
(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： 年 月 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。

申請因傷病住院全日不能工作期間及取得薪資(或報酬)情形
自 2025 年 8 月 7 日至 2025 年 11 月 17 日

(※普通傷病給付係自住院不能工作第 4 日開始發給，申請起日「無須」自行扣除前 3 日，本局審核時再依規定扣除)

□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 2025/8/14-9/9 病假，10/7-10/28 事假
☑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)
※門診或在家療養期間，不在給付範圍
※如有【多段】住院不能工作期間及取得薪資狀況，請【另紙書寫】並加蓋投保單位印章附件

給付方式(請勾選一項)

1. 匯入本人金融機構帳戶(限本人帳戶)
(銀行代號) (822)
帳號：17454038604399
戶名：吳思葵 ACCOUNT NAME
板橋 分行
台幣帳戶
2. 匯入配偶金融機構帳戶(限配偶帳戶)
3. 以現金給付

以上各團體謂聽從他人利用轉帳功能將錢轉入您的帳戶安全，您：易取得或猜號、電話號

(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：P053436166 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：黃雅芳

電話：(02) 2226-8631 *224 地址：新北市中和區中山路二段340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，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。

114.06