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	詹易明	出生日期	民國70年6月19日	身分證號(居留證或護照號碼)	A121102180

郵遞區號：235-□□□　通訊地址：新北市中和區中山路351號9F

行動電話：0921-899995　電　話：02-2226-8631 #640

☑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5月19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5月19日至113年5月27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　半薪病假5/20-5/27

☐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、　　至右填

二、　　以免

1.☑匯

2.☐匯

3.☐匯　　專戶

※　　會被扣



以上各欄位[illegible]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：詹易明　（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：D053436166　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：

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