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	何傳揆	出生日期	民國53年02月16日	身分證號(居留證或護照號碼)	A122025208

郵遞區號：□□□-□□□ 通訊地址：北平西園路二段38號3F

行動電話：0936062580 電 話：

※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：114 年 9 月 7 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 114 年 9 月 7 日至 114 年 9 月 11 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 9/8-9/11 半薪病假
□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後

給付方式(請勾選一項)

※一、金 ... 至右填
二、戶 ... 以
1.☑匯入
2.□匯入
3.□匯入 ... 專戶
※申 ... 會被



以上各欄位 ... 機關
團體調閱相 ... 。

被保險人(或受益人)簽名或蓋章：何傳揆 (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：P0534616G 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：黃瑞於

電話：(02)2226-8631 #221 地址：新北市中和區中山路二段 359巷5號

(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。

114.03