勞工保險 失能給付 申請書及給付收據

受理編號：　　號　　填表日期　　年　　月　　日　　（填表前請詳閱背面說明）

被保險人	姓名		出生日期	民國　年　月　日	身分證統一編號
	通訊地址	郵遞區號：□□□－□□□　電話：(　)　行動電話： 縣市　鄉鎮市區　村里　路街　段　巷弄　號　樓		前述地址為：(請勾選) □戶籍地址 □現地址	職務名稱

保險事故

傷病類別：□1 職業傷害 □2 職業病 □3 普通傷害 □4 普通疾病

傷病發生日期：　年　月　日

註：申請職業傷害及普通傷害者，傷病發生日期為受傷發生日；申請職業病及普通疾病者，傷病發生日期為疾病確診日。

傷病類別勾選 1 職業傷害或 2 職業病者須填寫下列欄位（不得空白），如不敷填寫，請以另紙書寫。

請詳述實際工作內容暨職業傷病發生之時間、地點、治療經過及與執行職務間之具體因果關係（上下班或公出途中發生事故者，請另填具由本局印製之「上下班、公出途中發生事故而致傷害陳述書」）	

□同投保單位通訊地址

受傷地點：＿＿＿＿　詳細地址：□其他：＿＿＿＿＿＿＿＿

如因化學物質所致傷害者，請填明化學物質名稱：

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）：

申請金額

※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**
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」。）

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：＿＿＿＿銀行＿＿＿＿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)												

※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/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有關機關團體調閱相關資料。如有溢領之保險給付，依照勞工保險條例第 29 條第 4 項規定，得以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：＿＿＿＿＿＿＿＿（本人正楷親簽）

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）

勞工保險證號：＿＿＿＿＿＿　單位名稱：＿＿＿＿＿＿

負責人：＿＿＿＿＿＿　經辦人：＿＿＿＿＿＿

電　　話：(　)＿＿＿＿＿＿　地　　址：＿＿＿＿＿＿

（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。

110.4