

勞工保險 傷病給付 申請書及給付收據

被 保 險 人	姓名	歐陽大雄	出生日期	民國 71 年 10 月 30 日	身分證號 (居留證或 護照號碼)	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	郵遞區號： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 通訊地址： 台北市中正區羅斯福路一段 4 號 14 樓 行動電話： 0901234567      電 話： (01)2345-6789 <input type="checkbox"/> 核付後同意以簡訊通知，不寄送紙本核定函。 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 普通傷害 <input checked="" type="checkbox"/> 普通疾病		傷病發生日期：111年4月25日 註：請填寫居家照護隔離之第1日。	
	申請因 <u>確診 COVID-19 居家照護不能工作</u> 期間及日數（※自主健康管理期間不在給付範圍）			
	自111年4月25日至111年5月4日		<input checked="" type="checkbox"/> 連續期間（註：申請連續期間者，不需統計日數）	
			<input type="checkbox"/> 斷續期間，共計      日	
被保險人因 <u>確診 COVID-19 居家照護不能工作</u> 期間取得薪資(或報酬)情形				
<input checked="" type="checkbox"/> 1.未取得任何薪資或報酬 <input type="checkbox"/> 2.取得部分薪資或報酬 <input type="checkbox"/> 3.已取得原有薪資或報酬（如請下列假別者請勾填： <input type="checkbox"/> 特休假 <input type="checkbox"/> 排休 <input type="checkbox"/> 彈性假 <input type="checkbox"/> 輪休假 <input type="checkbox"/> 加班補休）				

給付方式 (請勾選一項)

... 請將申請人之存簿封面影本浮貼於此處 ...

※一、金融機構(不含郵局)及分支機構名稱請完整填寫,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。

二、所檢附金融機構或郵局之存簿封面影本應可清晰辨識,帳戶姓名須與本局加保資料相符,以免無法入帳。

1. ☐ 匯入申請人在金融機構之存簿帳戶: 金融機構名稱: \_\_\_\_\_ 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)
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div> </div>	

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，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，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： 歐陽大雄 （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：01235678	單位名稱：亞飛股份有限公司	<div>亞飛股份有限公司</div>
	負責人：蘇亞飛	經辦人：黃新一	
	電話：(02) 1234-5678	地址：台北市內湖區東湖路 500 號	

※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。

**嚴重特殊傳染性肺炎指定處所隔離通知書及提審權利告知****COVID-19 Designated Residence Isolation (Home Isolation) Notice  
and Right to Petition for Habeas Corpus Relief**

姓名(本人或法定代理人親填): Name (or Legal representative) 歐陽大雄	身分證號/護照號碼: Citizen ID No. /Passport No F123456789
聯絡電話: TEL 0901234567	地址: 台北市中正區羅斯福路一段4號 Address

依傳染病防治法第44條第1項規定，為了保護您和親友及大眾的健康與安全，請您於2022年04月25日至2022年05月04日期間進行指定處所隔離，有關隔離之應遵守及注意事項如下：

According to Paragraph 1, Article 44 of the Communicable Disease Control Act, in order to prevent the spread of the disease and protect the health and safety of your friends, family members and the public, please comply with the following regulations regarding designated residence isolation (home isolation) during the period from 2022 / 04 / 25 (YYYY/MM/DD) to 2022 / 05 / 04 (YYYY/MM/DD):

**一、應遵守事項**

- (一) 留在家中（或嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心、地方政府指定範圍內），禁止外出，亦不得出境或出國。若遇生命、身體等之緊急危難（如：火災、地震或需緊急外出就醫等）而出於不得已所為離開隔離處所之適當行為，不予處罰；惟離開時應佩戴口罩，並儘速聯繫所在地方政府或1922，並依地方政府指示辦理。
- (二) 隔離期間，以1人1室（具單獨房間及衛浴）為基準；若選擇自宅或親友住所隔離者，同戶同住者日常生活仍需採取適當防護措施，包括落實佩戴口罩、遵守呼吸道衛生、勤洗手以加強執行手部衛生、保持良好衛生習慣及維持社交安全距離，且不可共食。請於隔離期間，每日早/晚各量體溫一次，自主詳實記錄體溫及健康狀況（如後附表格），並配合提供手機門號、回復雙向簡訊健康情形等必要之關懷追蹤機制（包含以手機門號進行個人活動範圍之電子監督）。隔離之個人資料沿用至隔離或自主健康管理期滿，並於結束後28天銷毀。
- (三) 如經安排收治在指定處所（居家）或等候安排就醫期間，請您隨時注意自身健康狀況，若有出現症狀時，可聯繫所轄衛生局居家照護服務專線、指定居家醫療照護團隊或免費使用24小時視訊諮詢APP「健康益友」（IOS: <https://reurl.cc/Qj14GO>, Android: <https://reurl.cc/Qj14gM>），當出現