

# 勞工保險 生育給付 申請書及給付收據

|  |   |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|-----------------------|--------------------------|---|---|--------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 受理<br>編號   | — 11 — 號  | 填表日期                  | 年                        | 月 | 日 | (填表前請詳閱背面說明) |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 被<br>保<br>險<br>人   | 姓名  | 出生<br>日期              | 民國                       | 年 | 月 | 日            | 身<br>分<br>證<br>統<br>一<br>編<br>號                      |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ※已透過網路申辦或戶政事務所通報申請生育給付者，無須再重複填寫申請書寄送本局，以免增加給付核付作業時間。  |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 通訊<br>方式   | 郵遞區號: <input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/> — <input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>   |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  | 前述地址為: (請勾選)  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 地址: <input style="width: 100%; border: none;" type="text"/>   |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 戶籍地址                                 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 電話: ( ) <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  | 行動電話: <input style="width: 100%; border: none;" type="text"/> |  |  |  |  |  |  |  |
| (本局核付後以簡訊通知，請務必詳實填寫行動電話)   |   |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 保<br>險<br>事<br>故   | 分<br>早<br>產<br>日<br>期   | 或<br>晚<br>產<br>日<br>期 | 民國                       | 年 | 月 | 日            | 申 請 生 育 給 付 金 額 <span style="float: right;">元</span> |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 此次分娩胎數 <input type="checkbox"/> 單胎 <input type="checkbox"/> 雙胎 <input type="checkbox"/> 三胎 <input type="checkbox"/> 其他 _____  |                       |                          |   |   |              | (如無法核算，可不必填寫)  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| …… 請將申請人之存簿封面影本浮貼於此處 ……  |   |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 給<br>付<br>方<br>式<br><br>(請<br>勾<br>選<br>一<br>項)  | ※ 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。<br>二、郵政存簿儲金局號及帳號(均含檢號)不足七位者，請在左邊補零。<br>三、所檢附金融機構或郵局之存簿封面影本應可清晰辨識，帳戶姓名須與勞保局加保資料相符，以免無法入帳。   |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1、 <input type="checkbox"/> 匯入申請人在金融機構之存簿帳戶: _____ 銀行 _____ 分行  |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 總代號   | 帳<br>號                | 金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼) |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 2、 <input type="checkbox"/> 匯入申請人在郵局之存簿帳戶: 局號: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> — <input style="width: 20px;" type="text"/> 帳號: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> — <input style="width: 20px;" type="text"/> |   |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 以上各欄均據實填寫，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。若有溢領之保險給付(含國民年金保險生育給付)，亦同意貴局可逕自本人得領取之保險給付中扣除繳還。   |   |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保險人(或受益人)簽名或蓋章: _____   |   |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| (詳閱資料後本人正楷親簽)  |   |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| ※ 應備書件：出生證明書(已辦理出生登記者免附)。  |   |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 投<br>保<br>單<br>位<br>證<br>明<br>欄  | 上列各項經查明屬實，特此證明。(被保險人得自行申請，自行申請者本欄免填寫。)  |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 勞工保險證 號: _____ 單位名稱: _____  |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 負責人: _____ 經辦人: _____   |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (單位印章)  |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 電 話: ( ) _____ 地 址: _____  |   |                       |                          |   |   |              |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |

※本局核付後以簡訊通知，請務必詳實填寫行動電話；如需補發書面核定函，請於接到簡訊後另向 (02)2396-1266 轉 2212 保險收支科索取。

※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 2866)。

※郵寄或送件地址：10013 台北市中正區羅斯福路 1 段 4 號「勞動部勞工保險局」收。

108.02

## 請領生育給付說明

一、請領要件：被保險人合於下列情形之一者，得請領生育給付。

- (一) 參加保險滿 280 日後分娩者。
- (二) 參加保險滿 181 日後早產者。

早產的定義：為胎兒產出時妊娠週數 20 週以上（含 140 天）但未滿 37 週（不含 259 天）。如妊娠週數不明確時，可採胎兒產出時體重超過 500 公克但未滿 2,500 公克為判斷標準。

- (三) 在保險有效期間懷孕，且符合上述規定之參加保險日數，於保險效力停止後一年內因同一懷孕事故而分娩或早產者。

二、給付標準：被保險人分娩或早產者，按被保險人分娩當月（包括當月）起，前 6 個月之平均月投保薪資一次給與生育給付 60 日。分娩或早產為雙生以上者，按比例增給。又被保險人同時符合相關社會保險生育給付或因軍公教身分請領國家給與之生育補助請領條件者，僅得擇一請領。但農民健康保險者，不在此限。

三、請領生育給付，應檢具下列書據證件：

- (一) 勞工保險生育給付申請書及給付收據。
- (二) 嬰兒出生證明書（已辦理出生登記者免附。死產者，應檢附醫院、診所或領有執業執照之醫師、助產人員出具之證明書）。

前開出生證明書及死產證明書均應載明產婦之姓名、出生年月日及國民身分證統一編號等基本資料；死產證明書並應載明確定之死產日期、原因及最終月經日期。

- (三) 在保險有效期間懷孕，於保險效力停止後一年內因同一懷孕事故而在國外分娩或早產者，應另檢附因該次懷孕事故曾在國內醫院或診所就診之相關證明文件；如提供國內就診證明有困難者，得檢附在國外醫院或診所就診之相關證明文件（前述國內、外證明文件均須載有就診日期及懷孕週數或最終月經日期）。

- (四) 所檢附之出生證明書或相關證明文件為我國政府機關以外製作者，除應檢附被保險人護照影本外，應經下列單位驗證（證明文件如為外文者，須連同中文譯本一併驗證或洽國內公證人認證）：

1. 於國外製作者，應經我國駐外使領館、代表處或辦事處驗證；其在國內由外國駐臺使領館或授權機構製作者，應經外交部複驗。（外交部有權視須複驗之文件性質及其辦理方式決定受理與否，如有疑義請逕向該部領事事務局洽詢，電話：02-23432888）
2. 於大陸地區製作者，應經大陸公證處公證及我國海峽交流基金會驗證。
3. 於香港或澳門製作者，應經我國駐香港或澳門之台北經濟文化辦事處驗證。

四、請領期限：領取生育給付之請求權，自得請領之日起，因 5 年間不行使而消滅。

五、附註：

- (一) 被保險人分娩或早產者，其夫不得申請配偶生育給付。
- (二) 被保險人流產、葡萄胎及子宮外孕者，不得申請生育給付。
- (三) 申請時應據實填寫，如有虛假之偽造、詐欺行為者，將移送司法機關辦理。
- (四) 已透過網路申辦或戶政事務所通報申請生育給付者，無須再重複填寫申請書寄送本局，以免增加給付核付作業時間。