

請將本表填妥，並檢附居留證正反面影本，於報到時一併繳交

勞工保險外籍被保險人資料表

Labor Insurance Information Form for foreign insured person

被保險人姓名 (Name of Insured)			
出生日期 (Date of Birth)	年(Y)	月(M)	日(D)
居留證號 ARC NO.			護照號碼 Passport NO.
國籍 (Nationality)	過去是否曾在台工作？ (Have you ever worked in Taiwan?)		
	<input type="checkbox"/> 是(Yes) <input type="checkbox"/> 否(No)		
親屬狀況(Relatives Status)			
稱謂 (Title)	姓名 (Full Name)	出生日期 (Date of Birth)	存歿 (alive/deceased)
父 (Father)		年 月 日 (Y) (M) (D)	<input type="checkbox"/> 存(alive) <input type="checkbox"/> 歿(deceased)
母 (Mother)		年 月 日 (Y) (M) (D)	<input type="checkbox"/> 存(alive) <input type="checkbox"/> 歿(deceased)
配偶 (Spouse)		年 月 日 (Y) (M) (D)	<input type="checkbox"/> 存(alive) <input type="checkbox"/> 歿(deceased)
子女 (Children)		年 月 日 (Y) (M) (D)	<input type="checkbox"/> 存(alive) <input type="checkbox"/> 歿(deceased)
		年 月 日 (Y) (M) (D)	<input type="checkbox"/> 存(alive) <input type="checkbox"/> 歿(deceased)
		年 月 日 (Y) (M) (D)	<input type="checkbox"/> 存(alive) <input type="checkbox"/> 歿(deceased)

※本表因涉及勞保給付權益，為避免影響日後案件審查進度，請被保險人以正楷覈實填寫。填表時如有疑義，請洽本局職業災害給付組(電話：02-23961266 轉 2263)。

This form concerns your benefits for Labor Insurance. To prevent any delay in processing your application in the future, please fill out this form in block letters truthfully and accurately. If you have any questions about filling out the form, please contact the Occupational Benefits Payment Division of the Bureau of Labor Insurance (Tel: 02-23961266 ext. 2263)