

勞工保險、就業保險及勞工職業災害保險費 繳費證明申請書

請開具保險費繳費證明

☒計費年月：110 年 1 月 至 110 年 12 月

☐繳納日期： 年 月 日 至 年 月 日

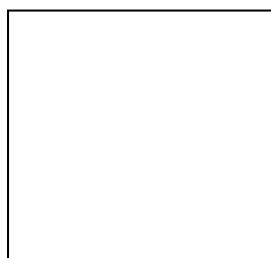
單位名稱： 林大碩

保險證號（育嬰續保、職災保險特別加保對象請填寫身分證號）：07512345

聯絡電話：0922-123123

通訊地址（職災保險特別加保對象則請填寫戶籍地址並檢附身分證明影本）：

台北市中正區羅斯福路一段4號



單位印章



負責人/個人印章

（個人裁減續保、職災續保、育嬰續保、本國/外籍看護幫傭之雇主
或職災保險特別加保對象僅蓋個人印章即可。）

111 年 5 月 1 日