

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： 年 月 至 年 月

☒繳納日期：**110** 年 **7** 月 **1** 日 至 **111** 年 **6** 月 **30** 日

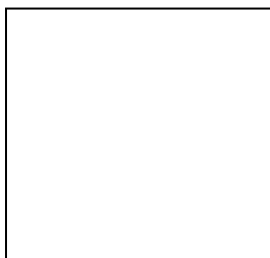
單位名稱：**林大碩**

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）：**A123456789**

聯絡電話：**0910-123456** 、 **02-23961266**

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。）

年

月

日