

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（下列選項請擇一填寫）

☐計費年月： 年 月 至 年 月

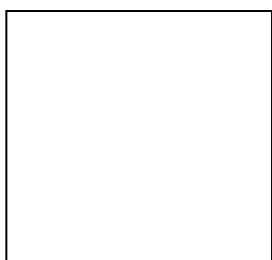
☐繳納日期： 年 月 日 至 年 月 日

單位名稱：

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）：

聯絡電話：

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）：



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