**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？) |
| □是(Yes) □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) | □存(alive)□歿(deceased) |
| 母(Mother) |  | 年 月 日 (Y) (M) (D) | □存(alive)□歿(deceased) |
| 配偶(Spouse) |  |  年 月 日 (Y) (M) (D) | □存(alive)□歿(deceased) |
| 子女(Children) |  |  年 月 日 (Y) (M) (D) | □存(alive)□歿(deceased) |
|  |  年 月 日 (Y) (M) (D) | □存(alive)□歿(deceased) |
|  |  年 月 日 (Y) (M) (D) | □存(alive)□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)** |