

# 同意書

本人 \_\_\_\_\_ (身分證統一編號： \_\_\_\_\_ )，  
出生日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)，於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日分娩(早  
產)，同意由投保單位(全名) \_\_\_\_\_  
代為申請勞保生育給付，並同意勞保局為審核給付需要，可逕向衛生福利部  
中央健康保險署或其他有關機關團體調閱相關資料，若有溢領之保險給付，  
亦同意勞保局可逕自得領取之保險給付中扣除繳還。

此 致

勞動部勞工保險局

被保險人簽名或蓋章： \_\_\_\_\_



(本人正楷親簽)

中 華 民 國                      年                      月                      日

----- 浮 貼 存 摺 封 面 影 本 -----