

# 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 -----