

就業保險失業〔再〕認定、失業給付申請書及給付收據

申請日期 112 年 1 月 3 日

就服站代碼

認定編號

申 請 人 及 給 付 方 式 (請勾選一項)	姓 名	王小明	身 分 證 統一編號	A 1 2 3 4 5 6 7 8 9	出 生 期	60 年 1 月 1 日	電 話	(02)2396-1266		
	手 機	手機: 0921-123456								
	通 訊 地 址	100232 台北市中正區羅斯福路一段 4 號				離 日	111 年 10 月 31 日	求 職 登 記 期 期	112 年 1 月 3 日	
	離 職 單 位 名 稱 及 保 險 證 號	台灣科技股份有限公司 保險證號: 商字 010001 號				申 請 或 推 介 工 作 地 點	○原工作所在地 台北 縣(市)			
	失 業 期 間 另 有 其 他 工 收 入 者, 月 工 作 收 入 金 額	0 元	此 次 申 請 失 業 紙 付 起 日	112 年 1 月 17 日				申 金 請 額	35,120 元 (非必填欄位)	
	有 無 請 領 其 他 就 業 促 進 津 貼	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有 無 同 時 領 取 其 他 社 會 福 利 津 貼							
	※ 給 付 方 式	一、金融機構(不包含郵局)及分支機構名稱請完整填寫,存簿之總代號、分支代號及帳號,請分別由左至右填寫完整,位數不足者,不需補零。 二、郵政存簿儲金局號及帳號(均含檢號)不足 7 位者,請在左邊補零。 三、所檢附金融機構或郵局之存簿封面影本應可清晰辨識,帳戶姓名須與勞保局加保資料相符,以免無法入帳。 四、給付金額以勞動部勞工保險局核定金額為準。								
	付 收 據 欄	1、 <input checked="" type="checkbox"/> 匯入申請人在金融機構之存簿帳戶: 金融機構名稱: <u>臺灣</u> 銀行(庫局) <u>南門</u> 分行(支庫局)								
	受 扶 養 眷 屬 資 料	總代號	分 支 代 號	帳 號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)					
		0 0 4	0 0 3 6	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4						
付 收 據 欄	2、 <input type="checkbox"/> 匯入申請人在郵局之存簿帳戶 局號: _____ 帳號: _____									
付 收 據 欄	眷 屬 姓 名	王志強	身 分 證 統一編號	A 1 3 5 7 9 2 4 6 8	出 生 期	95 年 5 月 10 日				
付 收 據 欄	與 申 請 人 關 係	<input type="checkbox"/> 配偶 <input checked="" type="checkbox"/> 未成年子女 <input checked="" type="checkbox"/> 無 工 作 收 入 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 身心障礙子女 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 應備書件齊全 <input type="checkbox"/> 缺附身分證明文件 <input type="checkbox"/> 缺附身心障礙證明							
付 收 據 欄	眷 屬 姓 名	王春嬌	身 分 證 統一編號	A 2 3 4 5 6 7 8 9 0	出 生 期	96 年 6 月 8 日				
付 收 據 欄	與 申 請 人 關 係	<input type="checkbox"/> 配偶 <input checked="" type="checkbox"/> 未成年子女 <input checked="" type="checkbox"/> 無 工 作 收 入 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 身心障礙子女 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 應備書件齊全 <input type="checkbox"/> 缺附身分證明文件 <input type="checkbox"/> 缺附身心障礙證明							
付 收 據 欄	以上各欄均據實填寫,為審核給付需要,同意勞動部勞工保險局及公立就業服務機構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,另所列之眷屬確實受本人扶養且無工作收入,若有不實致溢領保險給付,本人同意將所領失業給付款項如數返還勞動部勞工保險局,亦同意勞動部勞工保險局逕自本人得領取之保險給付中扣除繳還。									
付 收 據 欄	申請人 王小明 (代理人)				小 王 明	(簽名或蓋章)				
付 收 據 欄	※ 申 請 人 離 職 辨 別 退 保 時 之 身 分 :				※ 審 核 結 果 :					
付 收 據 欄	<input type="checkbox"/> 一般失業勞工 <input type="checkbox"/> 年滿 45 歲者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者				<input type="checkbox"/> 失業認定 <input type="checkbox"/> 1、要件符合且備妥申請書件 <input type="checkbox"/> 2、要件符合進入等待期,但 7 日內需補齊證件。 <input type="checkbox"/> 3、不符申請要件。 <input type="checkbox"/> 失業再認定(7 日內補正 2 次求職紀錄) <input type="checkbox"/> 失業認定 <input type="checkbox"/> 失業第 次再認定					
付 收 據 欄	<input type="checkbox"/> 1、離職證明文件正本及影本。 <input type="checkbox"/> 原投保單位出具之離職證明文件。 <input type="checkbox"/> 勞工行政機關出具之離職證明文件。 <input type="checkbox"/> 申請人自行切結之離職證明書。 <input type="checkbox"/> 2、國民身分證正本及影本各一份。(正本核對無誤後退還申請人) <input type="checkbox"/> 3、申請人金融機構存款簿載明分行帳號之封面或內頁影本一份。 <input type="checkbox"/> 4、最高學歷證書、技術士證、曾接受職業訓練之結訓證書影本(本項為參考文件)。 <input type="checkbox"/> 5、申請人或受扶養之眷屬為身心障礙者,應檢附社政主管機關核發之身心障礙證明。 <input type="checkbox"/> 6、增列受扶養眷屬者應檢附戶口名簿影本或其他身分證明文件影本。				<input type="checkbox"/> 1、完成認定。 <input type="checkbox"/> 2、未完成認定 _____					
付 收 據 欄	再 認 定 應 備 書 件 :				公立就業服務機構名稱: 【請蓋印信或章戳】					
付 收 據 欄	<input type="checkbox"/> 1、2 次求職紀錄。 <input type="checkbox"/> 2、傷病診療證明及書面委託書。 <input type="checkbox"/> 3、等待職業訓練開訓。 <input type="checkbox"/> 4、7 日內補證。 <input type="checkbox"/> 5、其他 _____				(再)認定日期: 年 月 日 下次再認定日期: 年 月 日 ~ 年 月 日					

※ 注意: 1. 申請人申請失業給付時,原離職投保單位未依規定辦理退保手續者,經勞動部勞工保險局核發給付後逕予退保。

2. 申請人申請失業給付時,應據實填寫,如有偽造、詐欺等不法行為者,將移送司法機關辦理。

3. 申請人非自願離職後領取勞工保險老年給付或公教人員保險養老給付者,不得核給失業給付;另請領失業給付期間又領取老年給付或養老給付者,即不再核給失業給付。