

# 申 請 書

本人\_\_\_\_\_， 年 月 日出生，  
身分證字號：\_\_\_\_\_，因故需要貴局初次核定  
本人職業傷病給付公文(受理編號：\_\_\_\_\_ )，  
檢附身分證正反影本，請准予以郵寄之方式補  
寄公文。

簽名及蓋章：

聯絡電話：

郵寄地址： 市 區 里 鄰  
路(街) 段 巷 弄  
號 樓

中 華 民 國 年 月 日

## 填表說明：

送件地址：10013 臺北市中正區羅斯福路1段4號

「勞工保險局職業災害給付組傷病給付科」收，

如有疑義請電洽 02-23961266\*2236。