

# 勞工保險外籍被保險人資料表

## ตารางข้อมูลของผู้ทำประกันแรงงานต่างประเทศ

被保險人姓名 (ชื่อที่ใช้ยื่นเรื่องการประกันภัย)			
出生日期 (วันเดือนปีเกิด)		年(ปี)	月(เดือน) 日(วัน)
居留證號 หมายเลขใบกำมา		護照號碼 หมายเลขหนังสือเดินทาง	
國籍 (สัญชาติ)	過去是否曾在台工作? (ก่อนหน้านี้เคยมาทำงานที่ได้วันหรือไม่?)		
	<input type="checkbox"/> 是(เคย) <input type="checkbox"/> 否(ไม่เคย)		
親屬狀況(สถานะญาติ)			
稱謂 (ความเกี่ยวข้อง)	姓名 (ชื่อ-สกุล)	出生日期 (วันเดือนปีเกิด)	存歿 (ยังมีชีวิต / มรณภาพ)
父 (บิดา)		年 月 日 (ปี) (เดือน) (วัน)	<input type="checkbox"/> 存(ยังมีชีวิต) <input type="checkbox"/> 歿(มรณภาพ)
母 (มารดา)		年 月 日 (ปี) (เดือน) (วัน)	<input type="checkbox"/> 存(ยังมีชีวิต) <input type="checkbox"/> 歿(มรณภาพ)
配偶 (คู่สมรส)		年 月 日 (ปี) (เดือน) (วัน)	<input type="checkbox"/> 存(ยังมีชีวิต) <input type="checkbox"/> 歿(มรณภาพ)
子女 (บุตร)		年 月 日 (ปี) (เดือน) (วัน)	<input type="checkbox"/> 存(ยังมีชีวิต) <input type="checkbox"/> 歿(มรณภาพ)
		年 月 日 (ปี) (เดือน) (วัน)	<input type="checkbox"/> 存(ยังมีชีวิต) <input type="checkbox"/> 歿(มรณภาพ)
		年 月 日 (ปี) (เดือน) (วัน)	<input type="checkbox"/> 存(ยังมีชีวิต) <input type="checkbox"/> 歿(มรณภาพ)

※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)。

แบบฟอร์มที่กรอกข้างบนนี้จะต้องแนบมาด้วยเมื่อทำประกันแรงงาน เพื่อสิทธิผลประโยชน์จากการทำประกันนี้ เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาเรื่องการตรวจเช็คเอกสารควรที่จะกรอกเขียนตัวบรรจง.(TEL : 02-23961266 ext. 2263)