**衛生福利部109年度「社會工作人員保險及風險工作補助計畫」**

**補助社工人員團體意外保險費**

**申請表**

**申請對象**：109年1至2月已自費加入衛生福利部合作廠商(和泰產物保險股份有限公司)「全國社工人員自費型團體意外保險」之民間單位。

填表日期： 　 年 月 日 　　　編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(由衛生福利部填寫)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請單位基本資料 | | | | | | |  |
| 申請單位 |  | | | 統一編號 | |  |
| 單位地址 | (詳列鄉鎮市區村里鄰) | | | 負責人 | |  |
| 聯絡人姓名 |  | | | 聯絡人電話 | |  |
| 聯絡人E-mail |  | | | | | |
| (申請單位用印、負責人簽章) | | | | | | |
| 社會工作人員投保人數及保費總額 | | | | | | |
| 人數 | 人 | | 保費(新臺幣元) | |  | |
| 匯款資訊 | | | | | | |
| 匯款帳戶 | 金融機構名稱 |  | | | | |
| 帳號 |  | | | | |
| 戶名(需同申請單位) |  | | | | |
| 「社工人力資源管理系統」已登錄被保險社工人員資料 | □是 □否 | | | | | |
| 附件  (複選) | □1.和泰產險提供之團體傷害保險費收據**正本**、匯款帳戶存摺封面影本  □2.和泰產險提供之保險單及投保名冊影本(此項或第3.項擇一提供即可)  □3.和泰產險提供之個人保險證影本(此項或第2.項擇一提供即可)  □4.其他已自費繳納保險費相關佐證文件 | | | | | |

**註：**請於109年5月15日前（郵戳為憑），將本申請表及相關附件掛號郵寄至11558臺北市南港區忠孝東路六段488號衛生福利部社會救助及社工司第3科收（並於信封上註明申請社工團體意外保險補助），逾期不予受理。