

# 勞工職業災害保險

# 傷病給付 住院治療期間照護補助

# 申請書及給付收據

受理號碼： - 21-

填表日期 年 月 日

※無須檢附醫療費用收據  
(填表前請詳閱背面說明)

被保險人	姓名	出生日期	民國 年 月 日	身分證號 (居留證或護照號碼)																
	郵遞區號： 電 話：	通訊地址： 行 動 電 話：																		

請領資格  保險期間發生職災事故致不能工作  保險期間發生職災事故，退保1年內仍因該事故所患傷病致不能工作  
 應加保但發生職災時未加保(受僱災保法第6條規定之投保單位未加保勞工)

傷病類別： 1.職業傷害  2.職業病 傷病發生日期： 年 月 日  
註：申請職業傷害者，傷病發生日期為受傷發生日；申請職業病者，傷病發生日期為疾病確診日  
 申請因傷病全日不能工作期間及日數(※已恢復工作期間，請勿提出申請以免觸法)  
 自 年 月 日至 年 月 日  連續期間(註：申請連續期間者，不需統計日數)  
 斷續期間，共計 日不能工作

被保險人因傷病全日不能工作期間取得薪資(或報酬)情形  
 (※如有多種取薪狀況，請於各選項後方備註期間，如不敷填寫可另紙書寫並加蓋投保單位印章)  
 1.未取得任何薪資或報酬  
 2.全日不能工作期間取得部分薪資或報酬  
 3.已取得原有薪資或報酬(如請下列假別者請勾填： 特休假  排休  彈性假  輪休假  加班補休)  
 4.已依勞動基準法第59條取得職災補償

1.傷害類型： 執行職務  上下班事故  公出事故  其他 \_\_\_\_\_  
 2.實際工作內容：  
 3.受傷時間及地點： 上午  下午 時 分於何處：\_\_\_\_\_ 詳細地址： 同投保單位通訊地址  
 其他：\_\_\_\_\_ 市/縣 \_\_\_\_\_ 市/區/鄉/鎮  
 4.受傷原因及經過：  
 5.如因化學物質所致傷害者，請填明化學物質名稱：  
 6.如為公出請再填明至何地從事何工作致事故：  
※實際工作內容、受傷原因及經過，如不敷填寫可另紙書寫並簽章。  
 ※上下班或公出途中發生事故者，請另填具上下班(公出)途中發生事故而致傷害陳述書及檢附被保險人駕照影本。  
 ※職業工會及漁會被保險人發生事故，請檢送雇主(業主)及目擊者證明書。

本人遭遇職業傷病住院治療，經應診醫院之醫師診斷住院治療期間需人照護，申請住院照護補助。  
 (※診斷書須載有住院期間需人照護始可請領，另入住具有加護或隔離性質病房之期間，不得請領照護補助。)

... .. 請將申請人之存簿封面影本浮貼於此處 ... ..

※金融機構(不含郵局)及分支機構名稱請完整填寫，存簿之總代號及帳號，請分別由左至右填寫完整，位數不足者，不須補零。另所檢附金融機構或郵局之存簿封面影本應可清晰辨識，帳戶姓名須與本局加保資料相符，以免無法入帳。  
 1.  匯入申請人在金融機構之存簿帳戶：  
 金融機構名稱：\_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 分行 \_\_\_\_\_ 總代號 \_\_\_\_\_ 帳 號 \_\_\_\_\_ 金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)  
 2.  匯入申請人在郵局之存簿帳戶： 局號：\_\_\_\_\_ 帳號：\_\_\_\_\_ 局號：\_\_\_\_\_ 帳號：\_\_\_\_\_  
 3.  匯入申請人專戶： 請勞保局郵寄「開立專戶函」，申請人再至指定之金融機構開立專戶。  
 檢附申請人已於土地銀行或郵局開立之勞保/職保/國保/就保/勞退/農退專戶存簿封面影本。  
※申請人因債務問題致帳戶有遭扣押之虞，可申請開立專戶，僅供存入「保險給付」且存款不會被扣押或強制執行。  
 至於「照護補助」款項將開立土地銀行支票寄發申請人，再由本人至該行各地分行兌領現金。

以上各欄位均據實填寫，為審核給付需要，同意貴局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。如有溢領之保險給付，同意貴局逕自本人或受益人得領取之保險給付、補助扣減繳還。  
 ※若勞工保險被保險人係於勞工職業災害保險及保護法111年5月1日施行前發生職業災害傷病事故，尚未依勞保條例規定請領傷病給付且未逾勞保條例規定之請求權時效，同意依勞工職業災害保險及保護法規定申請傷病給付。

本案如經審查不符合職業傷害或職業病規定，本人同意貴局依勞工保險條例規定進行審查。

被保險人(或受益人)簽名或蓋章：\_\_\_\_\_ (請正楷親簽)

(註：如被保險人為「未成年」或「受監護宣告」者，請法定代理人副署簽章並檢附戶口名簿影本)

投保單位證明欄  
 上列各項經查明屬實，特此證明。※應加保但發生職災時未加保者可免填保險證號及免蓋此欄印章。  
 保險證號：\_\_\_\_\_ 單位名稱：\_\_\_\_\_  
 負責人：\_\_\_\_\_ 經辦人：\_\_\_\_\_  
 電話：( ) \_\_\_\_\_ 地 址：\_\_\_\_\_  
 (單位印章)

※申請手續請洽投保單位辦理，免費又方便，無須委由他人代辦，各項欄位請認真填寫，如有偽造、詐欺等不法行為，將移送司法機關辦理，如有疑義請洽本局(電話：02-23961266 轉分機 2236)。

※郵寄或送件地址：100232 臺北市中正區羅斯福路1段4號「勞動部勞工保險局」收。

# 傷 病 診 斷 書

(請領傷病給付用，得以就診醫院、診所開具載有傷病名稱、醫療期間及經過之證明文件正本代替)

(1) 患者姓名		(2)身分證 統一編號										
		(3)出生日期	民國	年	月	日						
(4) 診斷名稱、傷病部位及症狀 (含國際疾病分類代碼)												
(5) 因該傷病初診日期		(6) 同一傷病首次就 診之醫療院所	醫療院所名稱： 就診日期：									
(7) 醫療期間	住 院 診 療	自	年	月	日	起	至	年	月	日	止	※如多次住院，請填寫各次住院期間起訖日。
	門 診 治 療	自	年	月	日	起	至	年	月	日	止，共計	
(8) 醫療經過(含急診、門診、 住院檢查、手術情形、目 前病情及有無併發症等)												
(9) 住院診療情形(是否需人 照護、入住病房性質)	※住院治療期間是否需人照護： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※有無入住具有加護或隔離性質之病房： <input type="checkbox"/> 有，期間：_____ <input type="checkbox"/> 無											
(10) 醫師囑言及傷勢影響 工作情形暨評估何時可恢 復一般性工作(非以不能 從事「原有工作」判定)												

上列患者確經本醫師親自診斷治療無訛，特此證明。

全民健康保險特約醫療院所名稱：\_\_\_\_\_

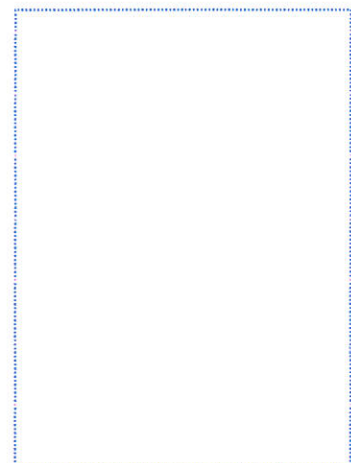
代號：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

開業執照：\_\_\_\_\_ 字第\_\_\_\_\_ 號

地址：\_\_\_\_\_

院長(負責人)：\_\_\_\_\_ 印章：

診斷醫師：\_\_\_\_\_ 印章：



(醫院圖記)

出具日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※本診斷書係為請領傷病給付用，如有登載不實，須負偽造文書責任。

- 註：一、本診斷書限於經領有執業執照之醫師出具，否則無效。填具本診斷書時如有更改，請醫師加蓋印章為證。
- 二、本診斷書請根據病歷紀錄覈實填具，住院、門診治療期間及門診治療次數，切勿漏填，患者如有住院治療，請務必於第(9)項填寫住院治療期間是否需人照護、有無入住具有加護或隔離性質之病房等情形。
- 三、就診醫院、診所開具之診斷證明書，如已載明住院診療期間(申請照護補助者，另需註明住院期間是否需人照護、有無入住具有加護或隔離性質之病房)、門診治療期間及次數，並蓋妥醫院及醫師印章，得代替本診斷書。