

勞工保險 傷病給付 申請書及給付收據

※無須檢附醫療費用收據
(填表前請詳閱背面說明)

受理編號： - -21-

填表日期 年 月 日

被保險人	姓名	出生日期	民國 年 月 日	身分證統一編號											
	郵遞區號：	[] - []		電話：()											
	通訊地址：														

保	傷病類別: <input type="checkbox"/> 1 職業傷害 <input type="checkbox"/> 2 職業病 <input type="checkbox"/> 3 普通傷害 <input type="checkbox"/> 4 普通疾病	傷病發生日期: 年 月 日	申請金額：元 (如無法核算可不填寫)
	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	<input type="checkbox"/> 連續 <input type="checkbox"/> 斷續計	

險	被保險人因傷病全日不能工作期間取得薪資(或報酬)情形															
	<input type="checkbox"/> 1. 未取得任何薪資或報酬	<input type="checkbox"/> 2. 全日不能工作期間取得部分薪資或報酬	<input type="checkbox"/> 3. 已取得原有薪資或報酬 (如請下列假別者請勾填: <input type="checkbox"/> 特休假 <input type="checkbox"/> 排休 <input type="checkbox"/> 彈性假 <input type="checkbox"/> 輪休假 <input type="checkbox"/> 加班補休)	<input type="checkbox"/> 4. 已依勞動基準法第 59 條取得職災補償												

事	傷病類別勾填職業傷害或職業病者請詳填下列欄位(如不敷填寫可另紙書寫並簽章)															
	1. 傷害類型: <input type="checkbox"/> 執行職務 <input type="checkbox"/> 上下班事故 <input type="checkbox"/> 公出事故 <input type="checkbox"/> 其他 _____	2. 實際工作內容: _____														
故	3. 受傷時間及地點: _____	4. 受傷原因及經過: _____, 與工作之關係為何: _____														
	5. 如為公出請再填明至何地從事何工作致事故: _____															

※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證明書」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,請檢送雇主及目擊者證明書俾憑審核。

給付方式 (請勾選一項) 請 將 申 請 人 之 存 簿 封 面 影 本 浮 貼 於 此 處															
	※一、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。 二、郵政存簿儲金局號及帳號(均含檢號)不足七位者,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,帳戶姓名須與本局加保資料相符,以免無法入帳。 1. <input type="checkbox"/> 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)													
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
	2. <input type="checkbox"/> 匯入申請人在郵局之存簿帳戶 帳號: _____ 帳號: _____															

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。若有溢領之保險給付,亦同意貴局可逕自本人得領取之保險給付中扣減。

被保險人(或受益人)簽名或蓋章: _____ (本人正楷親簽)

投保單位證明欄	上列各項經查明屬實,特此證明。															
	勞工保險證號: _____	單位名稱: _____	<input type="checkbox"/>													
	負責人: _____	經辦人: _____	<input type="checkbox"/>													
	電話: () _____	<input type="checkbox"/>														
	地址: _____	<input type="checkbox"/>														

※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,各項欄位請覈實填寫,如有疑義請電洽本局(電話: 02-23961266 轉分機 2236)。※郵寄或送件地址: 10013 臺北市中正區羅斯福路 1 段 4 號「勞動部勞工保險局」收。

勞工保險傷病診斷書

(請領傷病給付用，得以應診醫院開具載有傷病名稱及入、出院日期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	住院治療	自 年 月 日起至 年 月 日止												
	門診治療	自 年 月 日起至 年 月 日止											實際治療 次	
(8) 醫療經過 (含急診、門 診、住院檢查 及手術情形)														
(9) 目前病情及 有無併發症														
(10) 醫師囑言 及傷勢影響 工作情形暨 評估何時可 恢復工作														

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

※本診斷書係為請領勞工保險傷病給付用，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實際治療次數，切勿漏填。

三、就診醫院、診所開具之乙種診斷證明書，如已載明住院診療期間(職業傷病者另需載明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。

壹、填表前說明

傷病給付係被保險人因傷病醫療期間不能工作（普通傷害或普通疾病限「住院診療」期間，職業傷害或職業病住院或門診治療期間），以致未能取得原有薪資或收入；或僅取得部分薪資或收入者始得請領。本保險給付屬於薪資補助（補償）的性質，並非醫療費用的補助，故被保險人在傷病期間雖有治療但仍能繼續工作者，或已取得原有薪資者，均不得請領。如被保險人傷病痊癒或傷勢轉輕已能恢復工作，及已終止治療者，僅能申請至恢復工作之前1日止。相關法令規定、填表範例可至本局網站 <http://www.bli.gov.tw> 查詢。

貳、請領要件、給付標準及應備書件

給付種類	給付要件	給付標準及計算方式	申請應備書件
普通傷害 普通疾病	一、因普通傷害或普通疾病住院診療（門診或在家療養期間不予以給付） 二、不能工作 三、未能取得原有薪資或報酬	一、按被保險人遭受傷害或罹患疾病住院診療之當月起（包括當月）前6個月平均月投保薪資之半數，自不能工作之「第4日」起發給，以6個月為限。但傷病事故前參加保險年資合計已滿1年者，增加給付6個月，連前6個月，共為1年。 二、計算方式：給付金額角以下四捨五入 範例：王先生住院前6個月平均月投保薪資38,200元，因病共住院10天，傷病期間未取得薪資，則王先生可請領傷病給付為： $38,200 \text{元} \div 30 = 1,273.3 \text{元}$ （日投保薪資） $1,273.3 \text{元} \times 50\% \times 7 \text{天} \text{（住院第4天起）} = 4,457 \text{元}$ (原計算金額為4,456.5元,角以下四捨五入,故給付金額為4,457元)	一、勞工保險傷病給付申請書及給付收據。 二、傷病診斷書。（得以應診醫院開具載有傷病名稱及入、出院日期之證明文件正本代替）
職業傷害 職業病	一、因職業傷害或職業病經住院或門診治療（未經治療僅在家療養期間不予以給付） 二、不能工作 三、未能取得原有薪資或報酬	一、按被保險人遭受職業傷害或罹患職業病之當月起（包括當月）前6個月之平均月投保薪資之70%，自不能工作之「第4日」起發給；如經過1年尚未痊癒者，減為平均月投保薪資之半數，但以1年為限，連前1年，共為2年。 二、計算方式：角以下四捨五入 範例：李小姐於104年5月6日遭受職業傷害自104年5月6日至105年7月8日期間不能工作，正在治療中，且未取得原有薪資，事故前6個月平均月投保薪資30,300元，則其可請領職業傷害傷病給付為： $30,300 \text{元} \div 30 = 1,010 \text{元}$ （日投保薪資） 自104年5月9日（不能工作之第4日起）至105年7月8日止共427日 $1,010 \text{元} \times 70\% \times 365 \text{日} = 258,055 \text{元}$ （第1年） $1,010 \text{元} \times 50\% \times 62 \text{日} = 31,310 \text{元}$ （第2年） $258,055 \text{元} + 31,310 \text{元} = 289,365 \text{元}$ （可領取之金額）	一、勞工保險傷病給付申請書及給付收據。 二、傷病診斷書。 三、首次申請如為交通事故，請填具上下班（公出）途中事故證明書（本局印製表格），如經警察等機關處理者，請一併檢送紀錄。

參、應注意事項

- 一、領取傷病給付之請求權，自得請領之日起，因 5 年間不行使而消滅（101 年 12 月 21 日修正施行）。
- 二、於保險有效期間內所發生之傷病，在保險效力停止後 1 年內仍可享有請領傷病給付之權利。
- 三、傷病給付係按日計算，以 15 日為一期，於期末請領。需長期治療者，得分次請領，亦得於恢復工作後一次請領。（但勿逾 5 年請領時效）
- 四、請領傷病給付需有實際治療，未經治療或不能提具申請期間之診斷書者不在給付範圍。
- 五、取得原有薪資者不得請領傷病給付，惟於傷病期間請特休假、排休、彈性假、輪休假、加班補休等假別而取得原有薪資者，仍得請領傷病給付。
- 六、雇主業依勞動基準法第 59 條規定給予原領工資數額之補償，惟該項給予係屬補償金之性質，與工資不同，故非屬勞工保險條例第 34 條之「原有薪資」，仍得依該條例之相關規定請領職災傷病給付。
- 七、因傷病正在治療中，凡有工作之事實者，無論工作時間長短，依規定不得請領傷病給付。
- 八、所檢附之文件為我國政府機關以外製作者，應經下列單位驗證（證明文件如為外文者，須連同中文譯本一併驗證或洽國內公證人認證）：
 - (一)於國外製作者，應經我國駐外使領館、代表處或辦事處驗證；其在國內由外國駐臺使領館或授權機構製作者，應經外交部複驗。
 - (二)於大陸地區製作者，應經大陸公證處公證及我國海峽交流基金會驗證。
 - (三)於香港或澳門製作者，應經我國駐香港或澳門之台北經濟文化辦事處驗證。
- 九、傷病事由、經過、申請不能工作給付期間、取薪情形及相關證明書件應覈實填寫，如以詐欺或其他不正當行為企圖領取保險給付，或為虛偽之證明、報告、陳述者，將按領取之保險給付處以 2 倍罰鍰；涉及刑責者，移送司法機關辦理。