# 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 | 身分證號(居留證或護照號碼) | |
|---|---|---|---|---|---|

郵遞區號：□□□-□□□　通訊地址：
行動電話：　電　話：

□申請普通傷病者，核付後同意以簡訊通知，不寄送紙本核定函。
□申請普通傷病者如經審查需補正書表時，僅通知被保險人補正。（註：如未勾選，則通知投保單位及被保險人雙方，請單位協助行補正書表手續。）

**保險事故**

傷病類別：□1 職業傷害 □2 職業病 □3 普通傷害 □4 普通疾病

傷病發生日期：　年　月　日
註：申請職業傷害及普通傷害者，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；申請普通疾病者，傷病發生日期為住院之第 1 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
□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

**申請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：□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：＿＿＿

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：
※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，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、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：□□□□□□□□

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/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。

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，依照勞工保險條例第 29 條第 4 項規定，得以本人或受益人請領之保險給付扣減之。

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。

勞工保險證號：＿＿＿　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，各項欄位請覈實填寫，**如有偽造、詐欺等不法行為，將移送司法機關辦理**，如有疑義請電洽本局(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。

110.04

# 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：<br>就診日期： |
| (7) 醫療期間 | 住院診療 | 自　年　月　日起至　年　月　日止（請填寫每次住院起訖日） | |
| | 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。