

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

受理號碼： - -21-

填表日期 111 年 5 月 4 日

(填表前請詳閱背面說明)

被 保 險 人	姓名	歐陽大雄	出生日期	民國 71 年 10 月 30 日	身分證號 (居留證或 護照號碼)	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	郵遞區號：			通訊地址：	台北市中正區羅斯福路一段 4 號 14 樓										
	行動電話：	0901234567		電 話：	(01)2345-6789										
	<input type="checkbox"/> 核付後同意以簡訊通知，不寄送紙本核定函。 <input type="checkbox"/> 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，請單位協助補正書表手續。)														

保 險 事 故	傷病類別：	<input checked="" type="checkbox"/> 普通傷害	<input type="checkbox"/> 普通疾病	傷病發生日期：	110 年 8 月 3 日											
		<small>註：申請普通傷害者，傷病發生日期為受傷發生日； 申請普通疾病者，傷病發生日期為住院之第 1 日。</small>														
	申請因傷病住院不能工作期間及日數	<small>(澳門診或在家療養期間，不在給付範圍)</small> 自 110 年 8 月 3 日至 110 年 9 月 3 日														
	<input checked="" type="checkbox"/> 連續期間 <small>(註：申請連續期間者，不需統計日數)</small> <input type="checkbox"/> 斷續期間，共計 _____ 日															
	被保險人因傷病住院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 checked="" type="checkbox"/> 2.住院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)															

... .. 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。
檢附申請人已於生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。

以上各欄位均據實填寫，為審核給付需要，同意貴局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扣減繳還。

被保險人(或受益人)簽名或蓋章： 歐陽大雄 (請正楷親簽)

大 歐
 雄 陽

(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。															
	保險證號：	01235678				單位名稱：	亞飛股份有限公司									
	負責人：	蘇亞飛				經辦人：	黃新一									
	電話：	(02) 1234-5678				地 址：	台北市內湖區東湖路 500 號									

公份亞
 有飛
 司限股

※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。

壹、填表前說明

普通傷病給付係被保險人因傷病住院診療期間不能工作，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的性質，並非醫療費用的補助，被保險人門診治療、在家休養期間，或已取得原有薪資者，均不得請領。相關法令規定、填表範例可至本局網站 <https://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，自住院不能工作之「第4日」起發給至出院日止，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： 王先生住院當月起（包括當月）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： $38,200 \text{ 元} \div 30 = 1,273.3 \text{ 元}$ （平均日投保薪資） $1,273.3 \text{ 元} \times 50\% \times 7 \text{ 天}$ （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、傷病診斷書正本。（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）

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。
- 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、傷病給付金額係按日計算，被保險人得以住院每滿15日為一期，於期末之翌日起請領；住院未滿15日者，以出院之翌日起請領。需長期住院治療者，得分次請領，或於療程結束後一次請領。（但勿逾5年請領時效）
- 四、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。
- 五、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。
- 六、所檢附之文件、資料為我國政府機關(構)以外製作者，應經下列單位驗證；如文件、資料為外文者，須連同中文譯本一併驗證或洽國內公證人認證(足資辨識之診斷證明英文文件、資料，得免附中文譯本)：
 - (一) 於國外製作者，應經我國駐外館處驗證；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。（如有疑義請逕向外交部領事事務局洽詢，電話：02-23432888）
 - (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。
- 七、申請因傷病住院不能工作給付期間、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；並得依民法規定請求損害賠償；涉及刑責者，移送司法機關辦理。