

※各欄位請填寫完整，切勿空白

勞工職業災害保險被保險人 ^{上下班} 公 出 途中發生事故而致傷害陳述書

		受理號碼	
(一)被保險人姓名	林小玲	(二)發生事故當日被保險人應工作起迄時間	自 8 時 30 分起 至 17 時 30 分止
(三)被保險人所用交通工具	<input type="checkbox"/> 大型重型機車 <input checked="" type="checkbox"/> 普通重型機車 <input type="checkbox"/> 輕型機車 <input type="checkbox"/> 自小客車 <input type="checkbox"/> 腳踏車 <input type="checkbox"/> 其他 () (勾其他者，請填明交通工具別)		
(四)被保險人上、下班或公出單趟路程所需交通時間	需 小時 30 分鐘	(五)發生保險事故時間	111 年 5 月 1 日 8 時 10 分
(六)發生保險事故時，有無右列情事，請確實於各 <input type="checkbox"/> 內勾劃陳述，切勿空白 (領有駕駛車種之執照駕車者，請附駕駛人駕照正、背面影本)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	領有駕駛車種之執照駕車	駕駛人駕照正、背面影本浮貼處
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	受吊扣期間、吊銷或註銷駕駛執照處分駕車	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	行經有燈光號誌管制之岔路口違規闖紅燈	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	闖越鐵路平交道	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	酒精濃度超過規定標準駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	吸食毒品、迷幻藥、麻醉藥品及其他相關類似之管制藥品駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	未依規定使用高速公路、快速公路或設站管制道路之路肩	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	在道路上競駛、競技、蛇行或以其他危險方式駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	駕駛車輛不按遵行之方向行駛	
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	駕駛車輛不依規定駛入來車道		
(七)是否日常上、下班或公出時間應經途中發生事故	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	日常上下班 公 出 時間應經途中發生事故	
(八)有無因處理私事而中斷或脫離應經之途徑	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	處理私事原因經過詳情，請說明： (如不敷填寫可另紙書寫說明並簽章)	
(九)有無經警察等有關機關處理	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	請填明機關全銜(如有相關證明請一併檢附)：	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	見證人 姓名：	關係：	地址：
			電話：
(十)屬上、下班途中發生事故者，請於本陳述書背面繪明包括日常居住處所、勞動場所、上下班應經途徑、事故地點之簡圖。			
以上各項均由本人依照事實填具，如有不實，願歸還溢領之保險給付、津貼、補助，並負行政罰、民事及刑事責任，特此具結。			
此致 勞動部勞工保險局		被保險人(或受益人)簽章： 林小玲	
中華民國 年 月 日		(本人正楷親簽)	
投保單位印章：		負責人印章：	
		經辦人印章：	

※勞工職業災害保險及保護法第 92 條規定：以詐欺或其他不正當行為領取保險給付、津貼、補助，或為虛偽之證明、報告、陳述者，除按其領取之保險給付、津貼、補助處以 2 倍罰鍰外，並得依民法請求損害賠償；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。

1.請填寫下列各處地址 (如不敷填寫可另紙書寫說明並簽章)

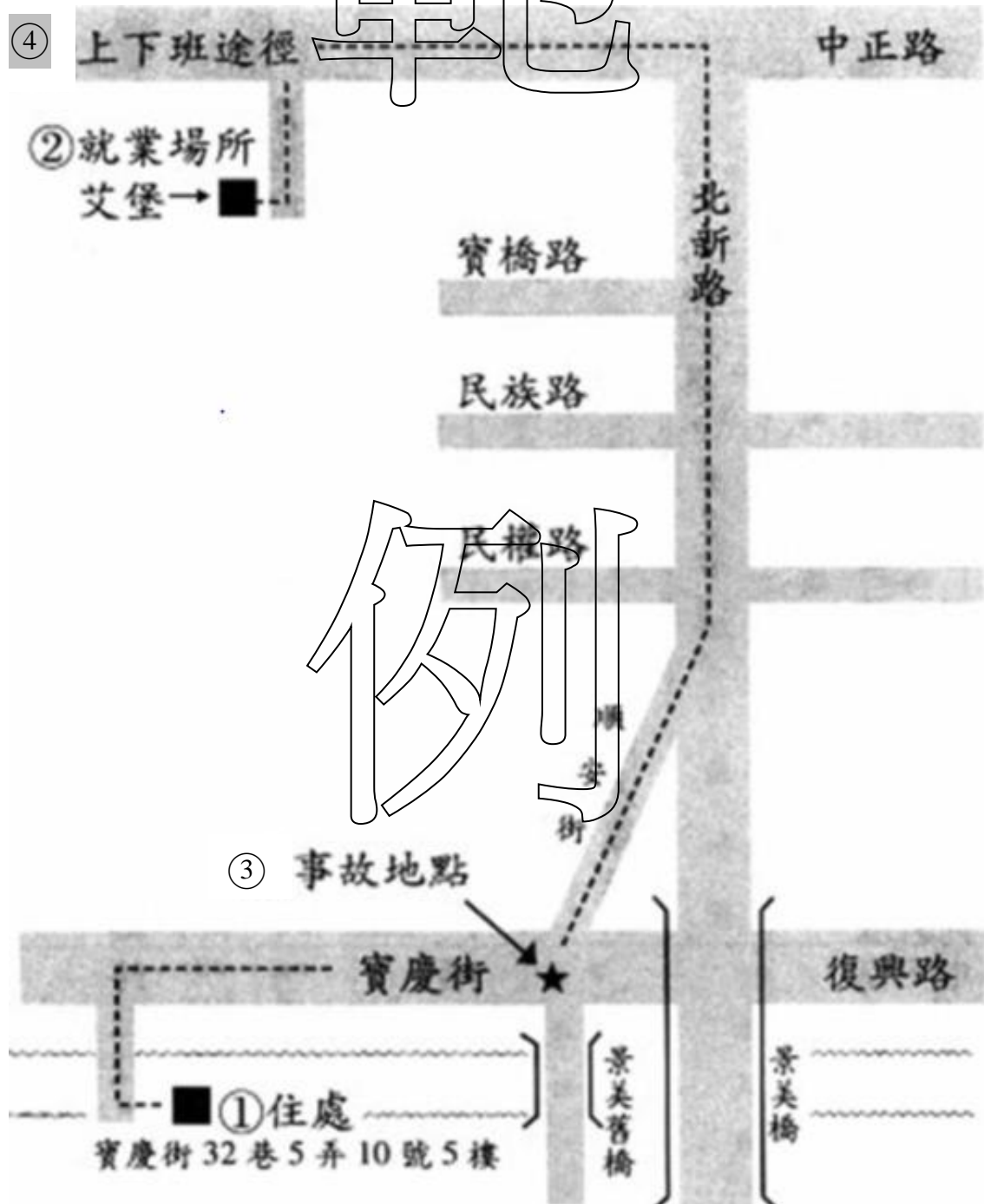
(1)日常居住處所地址：_____ 新北市寶慶街 32 巷 5 弄 10 號 5 樓 _____

(2)勞動場所地址：_____ 艾堡股份有限公司 _____

(3)事故地點 (若不清楚，可只寫大概位置)：_____ 寶慶街、順安街口 _____

2.請畫簡圖 [發生事故當日之上、下班路徑，請務必繪明並標記：(1)日常居住處所。(2)勞動場所。

(3)事故地點。(4)上下班應經途徑。



勞工職業災害保險

自墊醫療費用

核退申請書及給付收據

受理號碼： _____ 填表日期： 111 年 10 月 3 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		身分證號碼	F 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
	通訊地址	郵遞區號：1 0 0 - 2 3 2		電話	(02) 23961266		行動電話	0901234567										
申請項目		1. <input checked="" type="checkbox"/> 健保部分負擔醫療費用 (或職業傷病住院膳食費)		2. 自 111 年 5 月 1 日起因職業傷病 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 門診 使用自付差額特材費用 (請掃描 QR Code 查詢 可申請退費特材品項後，連結檢核表檢視再予勾填)														
請領資格 <input checked="" type="checkbox"/> 保險期間發生職災事故 <input type="checkbox"/> 未加保期間發生職災事故 (屬受僱災保法第 6 條規定投保單位之應加保勞工)																		
保險事故	傷病類型： <input type="checkbox"/> 上下班事故 <input type="checkbox"/> 執行職務 <input checked="" type="checkbox"/> 公出事故 <input type="checkbox"/> 職業病 <input type="checkbox"/> 其他			傷病發生日期： 111 年 5 月 3 日 申請職業傷害，請填寫受傷發生日；申請職業病，請填寫疾病確診日。														
	1. 實際工作內容： <u>操作機台作業員</u> <input type="checkbox"/> 同投保單位通訊地址																	
	2. 受傷時間及地點： <input checked="" type="checkbox"/> 上午 11 時 20 分於何處： <u>台北市</u> 詳細地址： <u>其他：台北市信義市區/鄉/鎮 基隆路一段</u>																	
	3. 受傷原因及經過： <u>騎機車被撞經救護車送醫治療</u> 與工作之關係為何： _____																	
	4. 如因化學物質所致傷害者，請填明化學物質名稱： _____																	
5. 如為公出請再填明至何地從事何工作致事故： <u>由公司出發至中和大倉公司送模具途中車禍</u>																		
*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書陳述書及檢附被保險人駕照影本；如係工會、漁會被保險人發生事故，請檢送雇主及目擊者證明書。																		
就醫情形	就醫院所名稱			診別 請填寫看診日期或住院起迄日 (不敷填寫可另紙書寫)														
	台大醫院			<input type="checkbox"/> 急、門診 <input checked="" type="checkbox"/> 住院 111.5.3~111.5.10														
正陽骨科診所			<input checked="" type="checkbox"/> 急、門診 <input type="checkbox"/> 住院 111.5.11 起															
應備文件	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自墊醫療費用核退申請書及給付收據。																	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 醫療費用收據正本及費用明細，收據如為影本者，請醫療機構加蓋印信註明與原正本相符。																	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3. 診斷書或證明文件。																	
	<input type="checkbox"/> 4. 全民健康保險自付差額特材之同意書 (有申請特材費用者始提供)。																	
	<input type="checkbox"/> 5. 我國境外遭遇職業傷病就診，應出具當次出、入境證明文件影本及服務機關出具之證明，費用收據正本及診斷書，如為英、日文以外之外文文件，應檢附中文翻譯本。																	
自墊費用原因 (或不可歸責事由) 說明： <u>發生事故當時不知可使用勞保職業傷病醫療書單就醫</u>																		
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 ...																	
	*所檢附存簿封面影本應可清晰辨識，帳戶姓名須與申請人相符，以免無法入帳。																	
	<input type="checkbox"/> 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>總代號</td> <td>帳號</td> <td>金融機構存款帳號 (分行別、科目、編號、檢查號碼)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>												總代號	帳號	金融機構存款帳號 (分行別、科目、編號、檢查號碼)			
	總代號	帳號	金融機構存款帳號 (分行別、科目、編號、檢查號碼)															
*金融機構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。																		
<input checked="" type="checkbox"/> 2. 匯入申請人在郵局之存簿帳戶 局號： <u>1 2 3 4 5 6</u> - <u>7</u> 帳號： <u>7 6 5 4 3 2</u> <u>1</u>																		
<input type="checkbox"/> 3. 匯入申請人專戶： <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。																		
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，依照勞工職業災害保險及保護法第 34 條第 1 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： <u>歐陽大雄</u> (本人正楷親簽)																		
(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，可免填保險證號及本證明欄免蓋章。																	
	保險證號： <u>01235678</u>			單位名稱： <u>亞飛股份有限公司</u>														
	負責人： <u>蘇亞飛</u>			經辦人： <u>黃新一</u>														
	電話： <u>(02) 1234-5678</u>			地址： <u>82059 台北市內湖區東湖路 500 號</u>														

*各項欄位請確實填寫，如有偽造、詐欺等不法行為，將移送司法機關辦理，申請手續如有疑義請電洽本局 (電話：02-23961266 轉分機 2272)。
*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。

填表前說明

已使用職業傷病門診單或住院申請書就醫者，部分負擔醫療費用及職業傷病住院 30 日內膳食費已由就醫之醫療院所直接減免，不得再申請核退職業傷病自墊醫療費用。

一、請領資格

1. 被保險人於保險效力開始後，停止前發生職業傷病事故，並符合「勞工職業災害保險職業傷病審查準則」規定，需門診或住院者。
2. 被保險人在保險有效期間發生職業傷病事故，於保險效力停止後 1 年內需門診及住院者。
3. 被保險人在保險有效期間發生職業傷病事故後，於退保後依「職業災害勞工醫療期間退保繼續參加勞工保險辦法」規定參加勞工保險期間，因同一職業傷病及其引起之疾病需門診或住院者。

二、給付標準

1. 被保險人遭遇職業傷害或罹患職業病，應向全民健康保險特約醫院或診所申請診療，如先以健保身分就醫，得於規定期限內檢具申請書件向勞保局申請核退健保規定之部分負擔醫療費用及職業傷病住院 30 日內膳食費暨健保給付自付差額特殊材料費用。被保險人之保險醫療費用由勞保局支付。
2. 勞保局支付之醫療費用除準用全民健康保險有關規定辦理外，以「勞工職業災害保險醫療給付項目及支付標準」有規定者為限。健保不予給付之項目（如交通、掛號、證明文件、成藥、病房差額……等），職保亦不予給付。

三、注意事項

1. 被保險人因職業傷病至全民健康保險特約醫院或診所就診，因不可歸責於被保險人之事由，致未能於就醫之日起 10 日內(不含例假日)或出院前補送職業傷病門診單或住院申請書，而先以健保身分就醫者，可於門診治療當日或出院之日起 6 個月內，如有特殊原因者 5 年內填具申請書件，向勞保局申請核退醫療費用。
2. 申請書及相關證明書件應核實填寫保險事故發生時間、地點、經過、與執行職務因果關係，如以詐欺或其他不正當行為領取保險給付，或為虛偽之證明、報告、陳述者，除按其領取之保險給付處以 2 倍罰鍰外，並應依民法請求損害賠償；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。
3. 申請大陸地區住院 5 日(含 5 日)以上之自墊醫療費用核退案件，所需檢具之醫療費用收據正本及診斷書，須先在大陸地區公證處辦理公證，再持公證書正本向國內財團法人海峽交流基金會申請驗證，完成公證驗證之文書，才可提出申請。
4. 申請核退因職災住院部分負擔醫療費用或因職災於海外就醫或緊急至非全民健康保險特約醫院或診所就醫之醫療費用，經勞保局核定係屬職業傷病之案件，轉由衛生福利部中央健康保險署各分區業務組代為核付，申請人如對核退金額有疑義，請洽詢健保各分區業務組，聯絡方式請至該署網站(<https://www.nhi.gov.tw>)查閱。
5. 被保險人因職業傷病及其引起之疾病，經全民健康保險特約醫院或診所醫師認定有醫療上需要，自 111 年 5 月 1 日起就醫選用全民健康保險法第 45 條第 1 項自付差額特殊材料品項，於先行墊付自付差額後，得向勞保局申請核退費用。前述自付差額特材品項，以衛生福利部公告者為限。(請詳見衛生福利部中央健康保險署<https://www.nhi.gov.tw>\健保服務\健保藥品與特材\健保特殊材料\健保特材品項查詢\健保自付差額)。
6. 如因債務問題致帳戶有遭扣押之虞，無法提供一般金融機構帳戶者，可依勞工職業災害保險及保護法第 33 條規定向勞保局申請於金融機構開立專戶，存入之保險給付將不得作為抵銷、扣押、供擔保或強制執行之標的。
7. 若為普通傷病，係屬衛生福利部中央健康保險署辦理項目，請將資料備齊後，逕送衛生福利部中央健康保險署各分區業務組。

勞工職業災害保險 傷 病 給 付 申請書及 給 付 收據
 住院治療期間照護補助

受理號碼： - -21-

填表日期 111 年 10 月 3 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	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											

電話：0901234567 行動電話：(01)2345-6789

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：111 年 5 月 3 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 111 年 5 月 3 日至 111 年 9 月 3 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，如不數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

事 故

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：操作機合作業員

3. 受傷時間及地點： 上午 下午 11 時 20 分於何處：臺北市 _____ 詳細地址 同投保單位通訊地址
 其他：台北(市)/縣 信義市(區)/鄉/鎮 _____

4. 受傷原因及經過：騎機車被撞經救護車送醫治療
 _____ 基隆路一段 _____

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：由公司出發至中和大倉公司送模具途中車禍
 ※實際工作內容、受傷原因及經過，如不數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。)

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 … … …

※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	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)
	號	

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/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：歐陽大雄 (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：01235678 單位名稱：亞飛股份有限公司

負責人：蘇亞飛 亞 蘇 經辦人：黃新一 新 黃

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

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	歐陽大雄	(2)身分證 統一編號	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		(3)出生日期	民國 71 年 10 月 30 日									
(4) 診斷名稱、傷病部位及症狀 (含國際疾病分類代碼)	右肱骨骨折											
(5) 因該傷病初診日期	111年5月3日	(6) 同一傷病首次就 診之醫療院所	醫療院所名稱：台大醫院 就診日期：111年5月3日									
(7) 醫療期間	住院診療	自 111 年 5 月 3 日起至 111 年 5 月 9 日止										※如多次住 院，請填寫各 次住院期間 起訖日。
	門診治療	自 111 年 5 月 13 日起至 111 年 9 月 3 日止，共計 3 次										
(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)	111/5/3 入院，5/5 手術置入鋼釘固定，5/13、7/20 及 9/3 門診治療，宜持 續門診復健治療											
(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 checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※有無入住具有加護或隔離性質之病房： <input checked="" type="checkbox"/> 有，期間：_111 年 5 月 3 日至 111 年 5 月 4 日_ <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：國立臺灣大學醫學院附設醫院

代號：1142100017 電話：(02)2312-3456

開業執照：北市 字第 號

地址：台北市中正區中山南路7號

院長(負責人)：陳明豐 印章：

明豐陳

診斷醫師：蕭叔明 印章：

台大醫師
蕭叔明
醫字第 9800 號

國立臺灣
大學醫學院
附設醫院
關防

(醫院圖記)

出具日期： 111 年 9 月 16 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。

壹、填表前說明

- 一、職業傷病給付係被保險人因傷病醫療期間全日不能工作（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，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 <https://www.bli.gov.tw> 查詢。
- 二、被保險人遭遇職業傷病住院治療，因同一職業傷病請領勞工職業災害保險及保護法之職業傷病給付，經應診醫院之醫師診斷住院治療期間需人照護，得申請住院治療期間照護補助，自被保險人住院治療且得請領職業傷病給付之日起至出院日止，按日發給新臺幣 1,200 元。入住具有加護或隔離性質病房之期間，不得請領照護補助。

貳、應注意事項

- 一、領取傷病給付、照護補助之請求權，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，被保險人得以每滿 15 日為一期，於期末之翌日起請領；未滿 15 日者，以傷病治療終止之翌日起請領。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、雇主依勞動基準法第 59 條規定給予原領工資數額之補償，該項給予係屬補償金之性質，與工資不同，非屬勞工職業災害保險及保護法第 42 條之「原有薪資」，仍得依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、職業傷病給付是以因傷病治療致不能工作為請領要件之一，所稱不能工作，應由本局依醫師診斷被保險人所患傷病需要之合理治療與復健期間、工作能力及有無工作事實予以綜合判斷，且工作能力之判斷，不以被保險人從事原有工作為限。本局於必要時，得委請相關專科醫師提供醫理意見，據以判斷。
- 九、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書或事故證明英文文件、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。
- 十、傷病事由、經過、申請全日不能工作期間、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及補助，或為虛偽之證明、報告、陳述者，將按領取之保險給付及補助處以 2 倍罰鍰，並得依民法請求損害賠償；涉及刑責者，移送司法機關辦理。
- 十一、勞工保險被保險人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，已依勞工保險條例規定申請傷病給付者，同一保險事故之傷病給付仍適用勞工保險條例規定；若尚未提出申請傷病給付，且該給付未逾勞工保險條例規定之請求權時效者，得選擇適用勞工職業災害保險及保護法或勞工保險條例規定請領傷病給付。〔註：因住院照護補助係勞工職業災害保險及保護法施行後始新增之項目，故前述選擇適用勞工職業災害保險及保護法規定請領傷病給付者，如因同一職業傷病於 111 年 5 月 1 日(含)起有住院治療，始得申請住院照護補助。〕

參、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
傷病給付	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給付） 二、不能工作 三、未能取得原有薪資或報酬	一、傷病給付係自不能工作之第4日起發給至恢復工作之前1日止，若於 111年5月1日起遭遇職業傷病者 ，前兩個月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除以30發給，第3個月起按平均月投保薪資之70%發給，合計最長以2年為限。 範例： 李小姐於111年5月2日遭受職業傷害，自111年5月2日至111年10月20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，則其可請領職業傷病給付為： $30,300 \text{ 元} \div 30 = 1,010 \text{ 元}$ （平均日投保薪資） 自111年5月5日（不能工作之第4日起）至111年10月20日止共169日 $1,010 \text{ 元} \times 60 \text{ 日} = 60,600 \text{ 元}$ （前2個月） $1,010 \text{ 元} \times 70\% \times 109 \text{ 日} = 77,063 \text{ 元}$ （第3個月起） $60,600 \text{ 元} + 77,063 \text{ 元} = 137,663 \text{ 元}$ （可領取之金額） 二、傷病給付係自不能工作之第4日起發給至恢復工作之前1日止，若於 111年4月30日前遭遇職業傷病，依勞工保險條例規定請領傷病給付者 ，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%發給，如經過1年尚未痊癒者，按平均月投保薪資之半數發給，但以1年為限，合計最長以2年為限。 範例： 張先生於109年1月10日遭受職業傷害，自109年1月10日至110年2月20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，則其可請領職業傷病給付為： $30,300 \text{ 元} \div 30 = 1,010 \text{ 元}$ （平均日投保薪資） 自109年1月13日（不能工作之第4日起）至110年2月20日止共405日 $1,010 \text{ 元} \times 70\% \times 365 \text{ 日} = 258,055 \text{ 元}$ （第1年） $1,010 \text{ 元} \times 50\% \times 40 \text{ 日} = 20,200 \text{ 元}$ （第2年） $258,055 \text{ 元} + 20,200 \text{ 元} = 278,255 \text{ 元}$ （可領取之金額）	一、勞工職業災害保險傷病給付申請書及給付收據。 二、傷病診斷書正本。 三、如為交通事故，首次申請時請填具勞工職業災害保險被保險人上下班（公出）途中發生事故而致傷害陳述書（本局印製表格），若有經警察等機關處理者，請一併檢送相關紀錄。
傷病住院照護補助	一、因同一職業傷病依勞工職業災害保險及保護法規定請領職業傷病給付 二、經應診醫院之醫師診斷住院期間需人照護（不含入住具有加護或隔離性質病房）	於 111年5月1日起遭遇職業傷病住院治療 ，因同一職業傷病依勞工職業災害保險及保護法規定請領職業傷病給付，經應診醫院之醫師診斷住院治療期間需人照護，得自住院治療且得請領職業傷病給付之日起至出院日止，按日發給1,200元，但入住具有加護或隔離性質病房之期間，不在給付範圍。 範例： 李小姐因111年5月2日職業傷害事故領取111年5月5日（不能工作之第4日起）至111年10月20日期間職業傷病給付，其111年5月2日至111年5月7日期間入住加護病房，111年5月8日轉入普通病房至111年5月20日出院，經應診醫院之醫師診斷住院治療期間需人照護，則其可請領住院照護補助期間為111年5月8日至111年5月20日止共13日，可領取金額為 $1,200 \text{ 元} \times 13 \text{ 日} = 15,600 \text{ 元}$ 。	一、勞工職業災害保險住院治療期間照護補助申請書及補助收據。 二、傷病診斷書正本（ 需有傷病名稱、入出院日期及住院期間需人照護之記載 ）。

★應加保未加保勞工未依規定辦理投保期間之月投保薪資，按其月薪資總額對應之投保薪資分級表等級認定，但以不高於發生事故當時保險人公告之最近一次本保險統計年報之平均月投保薪資對應之等級為限。未提具相關薪資資料時，按投保薪資分級表第1等級計算。