

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 保 險 證 號 (8位數字+1位英文檢查碼) | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | A |
| 單 位 統 一 編 號 或 非 營 利 扣 繳 編 號 | 00000000 | | | | | | | | |

職業災害勞工離職後繼續加保申請書

(請投保單位影印1份自行存查)

民國 111 年 5 月 1 日填表

| | | | | |
|-----|-------------------------|--------------|----------------------|---|
| 姓 名 | 國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼) | 出 生 年 月 日 | 離 職 退 保 時 投 保 薪 資 | 是否已請領職業災害保險給付(請於□內打✓) |
| 許○○ | S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 66 年 6 月 6 日 | 43900 | <input checked="" type="checkbox"/> 是：領取種類 <input checked="" type="checkbox"/> 傷病給付 <input type="checkbox"/> 失能給付 <input type="checkbox"/> 住院醫療給付 <input type="checkbox"/> 否(請檢附遭遇職業災害之相關證明文件) |
| | | 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 是：領取種類 <input type="checkbox"/> 傷病給付 <input type="checkbox"/> 失能給付 <input type="checkbox"/> 住院醫療給付 <input type="checkbox"/> 否(請檢附遭遇職業災害之相關證明文件) |
| | | 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 是：領取種類 <input type="checkbox"/> 傷病給付 <input type="checkbox"/> 失能給付 <input type="checkbox"/> 住院醫療給付 <input type="checkbox"/> 否(請檢附遭遇職業災害之相關證明文件) |

以上資料請依國民身分證、戶籍證明文件、居留證或護照號碼所載資料以正楷填寫

單位名稱：○○有限公司

單位地址：台北市中正區○○路○段○號○樓

單位電話：02-0000-0000

注意事項：

- 一、本表限受僱從事工作之勞工保險被保險人，於職業災害醫療期間終止勞動契約並退保，自願繼續參加勞工保險普通事故保險時填用。
- 二、職業災害勞工醫療期間退保自願繼續加保，應依照「職業災害勞工醫療期間退保繼續參加勞工保險辦法」(詳閱背頁)辦理。
- 三、請加蓋投保單位印章及負責人印章。
- 四、本表請填寫1份以掛號郵寄或派人專送本局，並請先自行影印1份留存(掛號執據貼於存底影本保存)，以備查考。
- 五、以個人為單位申請繼續加保者，保險費一律由被保險人金融帳戶自動轉帳繳納，請填妥「勞工保險投保(提繳)單位委託轉帳代繳保險費或(及)勞工退休金約定書」一併送局辦理；轉帳手續未辦理完成前，仍請持繳款單繳納。為響應節能減碳，勞保局於轉帳手續完成第二個月起不再寄送繳款單。

| | | |
|-------|-------|----------------|
| 用印 | 用印 | 用印 單位 印章 |
| 負責人印章 | 經辦人印章 | 填表範例 |



勞 動 部 勞 工 保 險 局 填 用

| | | | |
|---------|---|---------|-----|
| 受 理 號 碼 | | | |
| 人 數 | 名 | 加 保 日 期 | |
| 受 | 理 | 鍵 錄 | 校 對 |
| | | | |

職業災害勞工醫療期間退保繼續參加勞工保險辦法

| | | | | | | |
|------|--|-------|-----|------|----------|-----------------------------|
| | 中 華 民 國 | 91 年 | 4 月 | 10 日 | 行政院勞工委員會 | 勞保 3 字第 0910017087 號令 發布 |
| | 中 華 民 國 | 96 年 | 2 月 | 7 日 | 行政院勞工委員會 | 勞保 3 字第 0960140048 號令 修正發布 |
| | 中 華 民 國 | 96 年 | 4 月 | 20 日 | 行政院勞工委員會 | 勞保 3 字第 0960140160 號令 修正發布 |
| | 中 華 民 國 | 97 年 | 5 月 | 1 日 | 行政院勞工委員會 | 勞保 3 字第 0970140182 號令 修正發布 |
| | 中 華 民 國 | 99 年 | 7 月 | 15 日 | 行政院勞工委員會 | 勞保 3 字第 0990140296 號令 修正發布 |
| | 中 華 民 國 | 105 年 | 3 月 | 21 日 | 勞 動 部 | 勞動保 3 字第 1050140134 號令 修正發布 |
| | 中 華 民 國 | 111 年 | 3 月 | 2 日 | 勞 動 部 | 勞動保 2 字第 1110150095 號令 修正發布 |
| 第一條 | 本辦法依勞工職業災害保險及保護法（以下簡稱本法）第七十七條第二項規定訂定之。 | | | | | |
| 第二條 | 參加勞工保險之職業災害勞工，於職業災害醫療期間終止勞動契約並退保後，自願繼續參加勞工保險者（以下簡稱繼續加保者），得以勞工團體，或保險人委託之有關團體為投保單位辦理續保手續，或逕向保險人申請續保。原投保單位亦得為其辦理續保手續。 | | | | | |
| | 前項所稱勞工團體，指依工會法規定設立之工會。 | | | | | |
| 第三條 | 申請繼續加保者，應於原發生職業災害單位離職退保之日起五年內辦理續保手續。 | | | | | |
| | 職業災害勞工於原發生職業災害單位退保之日起五年內，有再從事工作參加勞工保險後又退保情形者，仍得依前項規定辦理續保。 | | | | | |
| | 依本辦法續保者，其保險效力之開始，自續保申請書送達保險人或郵寄之翌日起算。郵寄者，以原寄郵局郵戳為準。 | | | | | |
| 第四條 | 申請繼續加保者，應備具下列書件： | | | | | |
| | 一、繼續加保申請書。 | | | | | |
| | 二、遭遇職業傷病之相關證明文件。但曾領取該次職業災害保險現金給付、住院醫療給付或核退自墊醫療費用者，免附。 | | | | | |
| | 依第二條第一項規定逕向保險人申請續保者，除前項書件外，應一併檢具投保申請書及委託轉帳代繳保險費約定書。 | | | | | |
| 第五條 | 繼續加保者，其保險費由被保險人負擔百分之五十，其餘由本法勞工職業災害保險基金（以下簡稱本保險基金）補助。但依本辦法初次辦理加保生效之日起二年內，其保險費由被保險人負擔百分之二十，其餘由本保險基金補助。 | | | | | |
| | 繼續加保者應按月向其投保單位繳納保險費，由投保單位於次月底前負責彙繳保險人；繼續加保者逕向保險人申請續保者，應按月向保險人繳交保險費。 | | | | | |
| 第六條 | 繼續加保者之投保薪資，以原發生職業災害而離職退保當時之勞工保險投保薪資為準，繼續加保期間不得申報調整投保薪資。 | | | | | |
| | 前項投保薪資不得低於投保薪資分級表第一級之規定，投保薪資分級表第一級有修正時，由保險人逕予調整。 | | | | | |
| 第七條 | 繼續加保者於續保之勞工保險有效期間，其本人、受益人或支出殯葬費之人，得請領同一職業傷病及其引起疾病之本法所定醫療給付、傷病給付、失能給付或死亡給付。 | | | | | |
| 第八條 | 繼續加保者於續保後發生之事故，除不予勞工保險傷病給付外，其他保險給付應依勞工保險條例規定辦理。 | | | | | |
| 第九條 | 繼續加保者，其從事工作，並符合勞工保險條例第六條及第八條規定之加保資格，不得依本辦法繼續加保。 | | | | | |
| | 繼續加保者轉參加公教人員保險或軍人保險期間，不得依本辦法繼續加保，其保險效力至轉參加之前一日止。 | | | | | |
| 第十條 | 繼續加保者在尚未符合請領老年給付條件前，因死亡或失能程度經評估為終身無工作能力者，其保險效力至死亡或全民健康保險特約醫院或診所診斷為實際永久失能之當日終止。 | | | | | |
| 第十一條 | 繼續加保者請領保險給付手續，由投保單位辦理。 | | | | | |
| 第十二條 | 職業災害勞工領取失能給付，且經評估為終身無工作能力者，不得繼續加保。 | | | | | |
| 第十三條 | 本辦法自中華民國一百十一年五月一日施行。 | | | | | |