

| | | | | | | | |
|------|---|----|--------------|--|---|----|-------------------------------------|
| 寄件者： | <div style="border: 1px dashed red; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px dashed red; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> | 縣市 | 鄉（鎮） 市（區） | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">廣告回信</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">台北郵局登記證</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">台北廣字第 04678 號</div> | | | |
| | 路（街） | 段 | 巷 | 弄 | 號 | 樓之 | <div style="color: red;">【掛號】</div> |

收件者：

勞動部勞工保險局國民年金組

收

100023 臺北市中正區濟南路 2 段 42 號

【醫院應於開具國民年金保險工作能力綜合評量表後 5 日內逕寄勞動部勞工保險局】



勞工保險局
處處關心您

電話代表號：(02) 2396-1266
網址：<http://www.bli.gov.tw>

國民年金保險 身心障礙（基本保證）年金給付 工作能力綜合評量表

開具國保工作能力綜合評量表應行注意事項

- 一、本評量表應由直轄市或縣（市）衛生局指定辦理身心障礙鑑定醫療機構開具；醫療機構應於開具後 5 日內，將本表折疊黏貼並以掛號郵寄至勞動部勞工保險局，所需郵資由勞動部勞工保險局支付。
- 二、病患須領有重度以上之身心障礙證明，始得進行評估；但障礙類別及等級屬「中央主管機關公告無工作能力者，視為已經評估為無工作能力」，得不經身心障礙鑑定醫療機構評估工作能力，只須填妥身心障礙（基本保證）年金給付申請書及給付收據後逕寄勞動部勞工保險局。
- 三、所稱經評估無工作能力者，指經身心障礙鑑定醫療機構依病歷等相關檢查資料綜合評估，確認其因身心障礙致生活上需人扶助或缺乏生活自理能力，且無法從事工作者。
- 四、請醫師依病人病情或病歷診察相關資料，據實填載開具工作能力綜合評量表，勿循情而為不實、誇大虛偽之證明；若病人有特殊狀況（如多重障礙……等），需參採其他專業人士之意見，可會診其他醫師或專業人士協同評估，並於評量表內填載協同評估人員之專科別或職稱等資料，另由其簽章。至於評量表所載內容是否符合審定基準，則由勞動部勞工保險局依相關法令規定認定。
- 五、以詐欺或其他不正當行為領取保險給付者，除須追還溢領之給付外，並按其領取給付金額處以 2 倍罰鍰。涉及刑責者，將移送司法機關辦理。

國民年金保險身心障礙（基本保證）年金給付
工作能力綜合評量表

◎請診斷醫師開具前先行詳閱本表應行注意事項及說明

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------|----|---|---|---|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| 姓名 | | 出生 日期 | 民國 | 年 | 月 | 日 | 身分證 統一編號 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地址： | | | | | | | | | | | | | | | | 聯絡電話： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身心障礙者在本院之診斷情形 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 本工作能力綜合評量表係依 <input type="checkbox"/> 病患親自到診 <input type="checkbox"/> 病歷 診斷出具。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 病患之障礙症狀，於 年 月 日診斷確定，並於 年 月 日鑑定領有 <input type="checkbox"/> 重 度 <input type="checkbox"/> 極重度身心障礙證明。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診 斷 身 心 障 礙 之 傷 病 名 稱 | | | | | | | | | | | | | | | | 初 診 日 期 | | | | | | | | 障 礙 類 別 | | | | | | | | 病 歷 號 碼 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病史及治療經過： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鑑定醫療機構名稱：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 醫事機構代碼：_____電話：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開業執照：_____字第_____號 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地 址：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 院長（負責人）：_____簽章：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診斷醫師：_____簽章：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 專科醫師證照號碼：_____專科_____字第_____號 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 評量表開具日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

請蓋印信或圖記

請覈實填寫上述各項，如有疑義請電洽勞動部勞工保險局國民年金組給付二科，電話（02）23961266 轉 6022

說明：

1. 本表應由專科醫師依所列項目進行評量；若病人有特殊狀況（如多重障礙……等），需參採其他專業人士之意見，可會診其他醫師或專業人士協同評估。

2. 評量項目「5.臥床狀態」之內容說明中，少部分、大部分時間，請依病人狀況予以判定，例如睡眠時間以外，一天超過8小時需要臥床者，為大部分時間需要臥床；若未達8小時者，為少部分時間需要臥床。「7.大小便情形」、「8.沐浴更衣情形」之內容說明中，需人協(扶)助之頻率，請依病人狀況予以判定，例如從事該日常行為次數中，達半數以上需由他人協助時，為經常需人協(扶)助；若未達半數者，為偶爾需人協(扶)助。

3. 請依病人「現況」，就所列項目予以評分，並綜合評估工作能力情形。

| 項 目 | 分 數 | 內 容 | 說 明 |
|------------|-----|---|-----|
| 1.認知狀態 | | 正常。(10分) 對人、事、時、地、物之判斷力與現實感有輕度偏誤。(5~9分) 對人、事、時、地、物之判斷力與現實感有重度偏誤。(1~4分) 對人、事、時、地、物之判斷力與現實感完全偏誤。(0分) | |
| 2.呼吸狀態 | | 正常。(10分) 間歇性借助或依供應氧氣之治療機具輔助呼吸。(5~9分) 高度依賴供應氧氣之治療機具輔助呼吸。(1~4分) 完全需依賴呼吸器輔助呼吸。(0分) | |
| 3.言語能力 | | 正常。(10分) 語言理解、表達、說話清晰度、流暢性、發聲有輕度障礙。(5~9分) 語言理解、表達、說話清晰度、流暢性、發聲有重度障礙。(1~4分) 語言理解、表達、說話清晰度、流暢性、發聲有完全障礙。(0分) | |
| 4.行動能力 | | 正常。(10分) 行動遲滯，需扶杖行走。(5~9分) 行動遲滯，需自行操控輪椅代步。(1~4分) 需他人操控輪椅代步或完全無法自己行動。(0分) | |
| 5.臥床狀態 | | 正常。(10分) 少部分時間需要臥床。(5~9分) 大部分時間需要臥床。(1~4分) 整日臥床或無法自行移動身體。(0分) | |
| 6.進食功能 | | 正常。(10分) 可由他人協助或餵食一般食物。(5~9分) 需由他人餵食粥、糊或類似之食物。(1~4分) 需灌注食物、營養素或水分(包括靜脈營養輸液、鼻胃管、胃或小腸造瘻灌食等)。(0分) | |
| 7.大小便情形 | | 可自理。(10分) 偶爾需人協(扶)助。(5~9分) 經常需人協(扶)助。(1~4分) 完全無法自理或大小便失禁。(0分) | |
| 8.沐浴更衣情形 | | 可自理。(10分) 偶爾需人協(扶)助。(5~9分) 經常需人協(扶)助。(1~4分) 完全無法自理。(0分) | |
| 9.社交能力 | | 與他人互動中能表現出適當的社會行為舉止，如微笑、打招呼、適當的應對進退。(10分) 與他人互動時，表現出輕微退化或不良適應行為舉止。(5~9分) 與他人互動時，表現出嚴重退化或不良適應行為舉止。(1~4分) 無法與他人互動。(0分) | |
| 10.上肢功能 | | 正常。(10分) 單臂肢位移控制差或單手抓握力氣差。(5~9分) 雙臂肢協調不佳、位移控制差或雙手抓握力氣差。(1~4分) 雙臂肢均喪失機能或肘關節以上缺損。(0分) | |
| 小 計 (A) | | (僅項目 1-10 加總) | |
| 扣 減 分 數(B) | | 如民眾有特殊情形未能於上開項目中表現，如社會參與較困難、多重障礙……等，請說明並逕依影響工作能力程度於「扣減分數」欄填寫分數。 ※影響工作能力程度：不影響(0分)；輕微(1~5分)；普通(6~10分)；較嚴重(11~15分)；嚴重(16~20分) 說明： | |
| 總 分 (A-B) | | 1. 總分在 81 分以上者，為有工作能力。 2. 總分在 80 分（含）以下者，為無工作能力。 無工作能力日期：____年____月____日（有工作能力者免填）。 本評量表所列障礙症狀經本醫師親自診斷並綜合評估，特此證明。 | |