農民職業災害保險傷病給付申請書及給付收據

受理編號：　　－　-23-

填表日期　　年　　月　　日
（填表前請詳閱背面說明）

被保險人	姓名		出生日期	民國　年　月　日	身分證號(或居留證號)
	郵遞區號：□□□－□□□　通訊地址：				
	行動電話：　電　話：				

保險事故	□1.職業傷害：□從事農作受傷 □從農途中發生交通事故 □2.職　業　病：從農致罹患職業病			傷病發生日期：　年　月　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診斷日。	
	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　日計　日			**※就醫津貼由勞保局按核定之傷病給付日數一併發給。**	
	請詳填事故發生時間、發生地點、從事農作致傷病具體詳細過程、有無目擊者及就醫情形：				
	時間	□上午 □下午　時　分	**地點**	□農作場域　地段：　地號：　－ □日常居住處所　□儲藏室　□集貨場　□其他：	
	事故時種植作物：			**事故時使用之機械設備：**（若無，則無需填寫）	
	從事農作致傷病具體詳細過程			**※若空間不足，請另紙書寫。** **※被保險人替他人代耕、與他人換工、或受僱他人從事農業勞務工作者，請提供地主或雇主證明。** **※從農途中發生交通事故者，請併填「農民職業災害保險被保險人從事農業工作途中發生事故而致傷害陳述書」。**	
	事故發生時有無目擊者	□有（請提供**目擊者證明**）□無			
	就醫情形	事故後是否立即就醫	□是（就醫方式：□救護車 □自行前往 □家屬載送 □農友載送 □鄰居載送） □否（未立即就醫原因：　）		

給付方式（請勾選一項）

浮貼申請人在金融機構存簿封面影本處

※金融機構存簿之總代號、分支代號及帳號，請分別由左至右填寫完整，位數不足者，不須補零。

□1.匯入被保險人在金融機構之帳戶(B):金融機構名稱：＿＿＿＿農會信用部銀行（庫局）＿＿＿＿分部分行（支庫局）

總代號	分支代號	帳號	金融機構存款帳號（分行別、科目、編號、檢查號碼）

※郵局儲金簿局號或帳號不足七位者，請在左邊補零。

□2.匯入被保險人在郵局之帳戶(H)：

局號：□□□□□□－檢號□　帳號：□□□□□□－檢號□

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。

以上各欄位均據實填寫，如有不實，願負民事、刑事責任，並歸還溢領之給付。

被保險人(申請人)簽名或蓋章：＿＿＿＿＿＿（印章）（名章應相符並以戶籍資料為主）

（本人正楷親簽，如為受監護宣告者，應由其監護人副署簽章）

投保單位證明欄

***本會已確認被保險人當期「農保」保費、「農民職災保險」保費已繳納。**

上列各項經查明屬實，特此證明。

農保保險證號：＿＿＿＿＿＿　負責人：＿＿＿＿＿＿（印章）

單位名稱：＿＿＿＿＿＿　經辦人：＿＿＿＿＿＿（印章）

電話：(　)＿＿＿＿＿＿

(投保單位圖記)

※申請手續請洽所屬農會辦理，無須委由他人代辦，各項欄位請覈實填寫，如有疑義，請洽所屬農會或本局(電話：02-23961266 轉分機 2800)。

農民職業災害保險職業傷害診斷書

（限職業傷害專用）

<table>
<tr><td rowspan="2">患者姓名</td><td rowspan="2"></td><td>身分證號
（或居留證號）</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td colspan="10">民國　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>診斷名稱、傷害部位及症狀</td><td colspan="3"></td><td>國際疾病代碼</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>因該傷害初診日期</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>同一傷害首次就診之醫療院所</td><td colspan="6">醫療院所名稱：
就診日期：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">醫療期間</td><td>住院診療</td><td colspan="8">自　　年　　月　　日起至　　年　　月　　日止，共　　天。</td></tr>
<tr><td>門診治療</td><td colspan="8">自　　年　　月　　日起至　　年　　月　　日止，共　　次。</td></tr>
<tr><td>醫療經過（含急診、門診、住院檢查及手術情形）</td><td colspan="9">□119 送醫　□自行就診　□家屬陪同就診　□其他＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td>醫理評估何時可恢復工作</td><td colspan="9">評估可恢復工作日期：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日</td></tr>
<tr><td colspan="10">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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（印章）
院長（負責人）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印章：
診斷醫師：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印章：（印章）
出具日期：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日
（請蓋醫院印信或圖記）</td></tr>
</table>

※本診斷書係為請領農民職業災害保險傷病給付之職業傷害專用，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、門診治療期間及門診實際治療次數，並蓋妥醫院及醫師印章，得代替本診斷書。

農民職業災害保險職業病診斷書

（限職業病專用）

<table>
<tr><td>患者姓名</td><td colspan="2"></td><td>身分證號(或居留證號)</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td>出生日期</td><td colspan="4">民國　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>診斷病名</td><td colspan="2"></td><td>國際疾病代碼</td><td></td><td>職業病門診初診日期</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">醫療期間</td><td>住院治療</td><td colspan="6">自　　年　　月　　日起至　　年　　月　　日止，共　　天。</td></tr>
<tr><td>門診治療</td><td colspan="6">自　　年　　月　　日起至　　年　　月　　日止，共　　次。</td></tr>
<tr><td>資料來源</td><td colspan="3">□詳細問診資料□現場(訪視)照片或影片(請附後)□其他____</td><td>資料提供者</td><td colspan="3">□本人□家屬□其他____</td></tr>
<tr><td>(一)
職業暴露狀況</td><td colspan="6">農作史：計算發病前暴露年數(下列各欄若空間不足，請續接右頁書寫)

農作場域及農作情形：

使用之化學藥品、機械設備：</td></tr>
<tr><td>(二)
疾病診斷</td><td colspan="6">過去病史：

身體檢查與臨床發現：

診斷工具(□臨床檢查□實驗室檢查□影像檢查□神經傳導檢查□肺功能檢查□其他：____)：

疾病確診日期：_____年_____月_____日</td></tr>
<tr><td>(三)
評估過程</td><td colspan="6">罹病時序性：

醫學文獻之佐證：

其他致病因之考量：</td></tr>
<tr><td>(四)
評估結果
(請擇一勾選)</td><td colspan="6">□職業病(符合「農民職業災害保險職業傷病審查辦法」第 9 條第_____款規定)請參照右頁：參、職業病種類
□罹患疾病與從事農作有相當因果關係，視為職業病(同辦法第 9 條之 1 規定)請參考右頁參之二
□非職業病
醫理評估何時可恢復工作：_____年_____月_____日</td></tr>
</table>

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：

出具日期：_____年_____月_____日

（印章）

（印章）

（請蓋醫院印信或圖記）

※本診斷書係為請領農民職業災害保險職業病專用，如有登載不實，須負偽造文書責任。

(續)□(一)職業暴露狀況　□(二)疾病診斷　□(三)評估過程

壹、請領傷病給付說明

給付條件	給付標準及計算方式	應備書件
1、因職業傷病經住院或門診治療 2、不能從事工作 3、喪失或減少收入	1、**自就醫不能工作之「第 4 日」起**，發給傷病給付及就醫津貼。 2、**傷病給付**最多以發給 **2 年**為限，給付標準如下： (1)112 年 2 月 9 日以前，發生保險事故者： **A.「一般傷病給付」：(月投保金額 10,200 元)** ①第 1 年：10,200 元÷30 日×70%=每日 238 元。 ②第 2 年：10,200 元÷30 日×50%=每日 170 元。 **B.「增給傷病給付」：(月投保金額 10,200 元)** ①第 1 年：10,200 元×2 倍÷30 日×70%=每日 476 元。 ②第 2 年：10,200 元×2 倍÷30 日×50%=每日 340 元。 備註：適用「一般」或「增給」傷病給付，依被保險人「發生保險事故時」是否加收「增給傷病給付」保費為準。 (2)112 年 2 月 10 日至 113 年 8 月 31 日期間，發生保險事故者： **C.「傷病給付」：(月投保金額 20,400 元)** ①第 1 年：20,400 元÷30 日×70%=每日 476 元。 ②第 2 年：20,400 元÷30 日×50%=每日 340 元。 (3)113 年 9 月 1 日以後，發生保險事故者： **D.「傷病給付」：(月投保金額 20,400 元)** ①前 2 個月：20,400 元÷30 日×100%=每日 680 元。 ②第 3 個月起：20,400 元÷30 日×70%=每日 476 元。 3、**就醫津貼**： (1)114 年 11 月 5 日以前，發生保險事故者： ①門診：每日 50 元。 ②住院診療：每日 900 元。 (2)114 年 11 月 6 日以後，發生保險事故者： ①門診：每日 100 元。 ②住院診療：每日 1,200 元。 按「傷病給付」核給日數一併核給就醫津貼，無須另外提出申請。 4、**給付金額=傷病給付+就醫津貼。**	1、農民職業災害保險傷病給付申請書及給付收據。 2、農民職業災害保險職業傷病診斷書。 (1)職業傷害：「職業傷害診斷書」(得以就診醫院、診所開具載有傷病名稱、醫療期間及經過之診斷證明書代之)。 (2)職業病(請參考**參、職業病種類**)： ①符合第 9 條規定：「職業病診斷書」。 ②符合第 9 條之 1 規定：經中央主管機關公告認可醫療機構之職業醫學科專科醫師診斷出具「職業病診斷書」及「職業病評估報告書」。 3、相關證明文件： (1)農(職)保資格證明文件： ①現住人口詳細記事之戶口名簿影本（如使用不同戶之親屬土地加保，請另行檢附土地所有權人現住人口詳細記事之戶口名簿影本）。 ②加保農地之土地資料或承租契約等相關證明文件。 (2)如為從農途中發生交通事故者，請另填具「農民職業災害保險被保險人從事農業工作途中發生事故而致傷害陳述書」(本局印製表格）一併送局。

貳、應行注意事項

一、傷病給付係保障被保險人因職業傷病醫療期間「不能從事工作」，以致收入短少者始得請領，故被保險人在傷病期間雖有治療但仍能繼續從事工作者，不得請領。又傷勢轉輕已能從事工作，僅能申請至從事工作之前 1 日止。

二、請領傷病給付需有實際就醫治療，未經就醫治療或已終止治療者不在給付範圍。

三、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。

四、傷病給付申請書及相關證明文件應覈實填寫，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；涉及刑責者，移送司法機關辦理。

參、職業病種類

一、「農民職業災害保險職業傷病審查辦法」第 9 條規定：「被保險人因實際從事農業工作罹患下列疾病者，為職業病：1. 有機磷殺蟲劑中毒、氨基甲酸鹽殺蟲劑中毒及其他農藥中毒。2. 甲醛中毒。3. 中暑、熱痙攣或熱衰竭。4. 低溫作業或低溫物品引發之凍傷、失溫等疾病。5. 紫外線暴露引發之皮膚鱗狀上皮細胞癌。6. 黴菌性角膜疾病、新型 A 型流感、鉤端螺旋體病、恙蟲病、漢他病毒症候群、Q 熱、豬型丹毒、炭疽、類鼻疽、日本腦炎、鉤蟲病等疾病。7. 長期壓迫引發之關節滑囊病變。8. 手指骨關節炎導致手指變形。9. 其他經中央主管機關公告之疾病。」

二、同辦法第 9 條之 1 規定：「被保險人罹患、促發或惡化前條各款以外之疾病，經中央主管機關公告認可醫療機構之職業醫學科專科醫師診斷該疾病與實際從事農業工作有相當因果關係者，視為職業病。」