

退保後職業病醫療補助申請書及給付收據

受理號碼：						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 <small>(居留證或護照號碼)</small>																	
	通 訊 地 址		郵遞區號： <div style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </div> - <div style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </div>		電 話：()		行 動 電 話：																				
			縣 鄉鎮 村 路 巷 市 市區 里 街 弄 號 樓																								
職 業 病	認 可 醫 療 機 構 名 稱																										
	診 斷 職 業 病 名 稱																										
	傷 病 發 生 日 期					民國 年 月 日					(請填寫職業疾病確診日)																
保 險 事 故	於保險有效期間從事有害作業名稱及工作內容：																										
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																				
						<input type="checkbox"/> 急、門診 <input type="checkbox"/> 住院																					
						<input type="checkbox"/> 急、門診 <input type="checkbox"/> 住院																					
						<input type="checkbox"/> 急、門診 <input type="checkbox"/> 住院																					
應 備 文 件	<input type="checkbox"/> 1. 退保後職業病醫療補助申請書及給付收據。																										
	<input type="checkbox"/> 2. 經認可醫療機構之職業醫學科專科醫師開具之職業病診斷書。																										
	<input type="checkbox"/> 3. 醫療費用收據、費用明細及前開費用期間之診斷書或證明文件。(如為影本者，請醫療機構加蓋印信註明與原正本相符。)																										
	<input type="checkbox"/> 4. 勞工職業災害保險職業病職歷報告書。(職業病診斷書內容已詳細載明職業病職歷者得免附。)																										
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 <div style="display: flex;"><div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin-right: 10px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 350px; height: 40px; position: relative;"><div style="position: absolute; top: -15px; left: 0; right: 0; height: 15px;"></div><div style="position: absolute; bottom: -15px; left: 0; right: 0; height: 15px;"></div></div></div> ※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 type="checkbox"/> 2. 匯入申請人在郵局之存簿帳戶：局號： <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 20px;"></div> — 帳號： <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px;"></div> — <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div>																										
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。如有溢領之津貼、補助，得自本人或受益人領取之保險給付、津貼及補助扣減繳還。																											
被保險人（或受益人）簽名或蓋章：_____ (本人正楷親簽) <div style="text-align: center; font-size: small;">(註：如被保險人為「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)</div>																											□

※被保險人得自行申請本項補助，無須透過投保單位，亦無須委由他人代辦，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 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

一、請領資格

被保險人在保險有效期間曾從事勞工職業災害保險及保護法(以下簡稱災保法)第 63 條第 2 項所定有害作業，於退保後，經同法第 73 條第 1 項認可醫療機構之職業醫學科專科醫師診斷，係因保險有效期間執行職務致罹患職業病，需門診或住院者。

二、補助標準

1. 被保險人因退保後罹患職業病，至全民健康保險特約醫院或診所接受急、門診或住院診療，並繳納健保規定之應部分負擔醫療費用，得於規定期限內檢具申請書件向勞保局申請醫療補助，依全民健康保險法所定應自行負擔之門診、急診或住院費用發給。
2. 申請補助期間，自診斷職業病之日起，最長以 5 年為限。但經認可醫療機構之職業醫學科專科醫師診斷，因同一職業病仍須繼續接受診療者，得再延長 5 年，並以 1 次為限。

三、注意事項

1. 申請書及相關證明書件應核實填寫保險有效期間曾從事有害作業之類別名稱及工作內容，如以詐欺或其他不正當行為領取補助，或為虛偽之證明、報告、陳述者，除按其領取之補助處以 2 倍罰鍰外，並應依民法規定請求損害賠償；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。
2. 被保險人於澎湖縣、金門縣、連江縣及其他離島地區就醫者，其職業病診斷書，得由原應診之全民健康保險特約醫院或診所之醫師出具；曾因同一退保後職業病領取醫療補助或失能、死亡津貼者，得免再附職業病之診斷書及勞工職業災害保險職業病職歷報告書。
3. 若被保險人係於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，因同一職業傷病及其引起疾病需門診或住院有自墊部分負擔醫療費用者，應依災保法施行細則填具「勞工職業災害保險自墊醫療費用核退申請書及給付收據」向本局申請退費。