



第一聯(於開具後十日內寄送勞動部勞工保險局)

病 患	基本資料	姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號 (居留證或護照號碼)	出生日期	年 月 日
	通訊地址				電話	(O) (H)
自 填 資 料	工 作 史 (請從最近工作往前填列)	服務單位名稱	工作內容	起始日期	截止日期	服務年數
				年 月	年 月	
				年 月	年 月	
				年 月	年 月	
資 料	過去病史	病名	罹患時間	已痊癒	治療中	沒有治療
			年 月			
料	切結簽章	1.本人就診時確實參加勞工職業災害保險生效中。 2.本人就診之醫療費用如經勞保局審查不合勞工職業災害保險及保護法相關規定不予給付時，同意返還醫療院所應收未收之各項費用。				
		切結人： _____ 簽章 _____				

以下紅框內各欄由醫事服務機構填寫

醫 事 服 務 機 構 證 明 欄	醫事服務機構 名稱及代號	病歷號碼					
		職業病成因代碼	(請參閱第三聯背面)				
		職業病名稱					
服 務 機 構	門診日期	1	2	3	4	5	6
		職業病症狀及檢查結果 (含職業史、臨床表現、實驗室檢驗、影像檢查、暴露因子等)					
證 明 欄	(醫事服務機構印章)	診療醫師： _____ 簽章 _____ 專科醫師證照 科別： _____ 科 _____ 字第 _____ 號					
		中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日					

※請醫事服務機構於第一次診療時，於門診日期欄蓋1格院所日期戳章。 111.03

※勞動部勞工保險局地址：100232 臺北市中正區羅斯福路1段4號。電話(02)23961266 轉 2272。



第二聯(附於病歷備查)

病 患	基本資料	姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號 (居留證或 護照號碼)	出生日期	年 月 日
	通訊地址				電話	(O) (H)
自 填 料	工 作 史 (請從最近工作往前填列)	服務單位名稱	工 作 內 容	起 始 日 期	截 止 日 期	服 務 年 數
				年 月	年 月	
				年 月	年 月	
				年 月	年 月	
資 料	過去病史	病 名	罹 患 時 間	已 痊 癒	治 療 中	沒 有 治 療
			年 月			
欄	切結簽章	1.本人就診時確實參加勞工職業災害保險生效中。 2.本人就診之醫療費用如經勞保局審查不合勞工職業災害保險及保護法相關規定不予給付時，同意返還醫療院所應收未收之各項費用。				
		切結人： _____ 簽章 _____				

以下紅框內各欄由醫事服務機構填寫

醫 事 服 務 機 構 證 明 欄	醫事服務機構 名稱及代號	病 歷 號 碼					
		職 業 病 成 因 代 碼	(請參閱第三聯背面)				
		職 業 病 名 稱					
服 務 機 構 證 明 欄	門 診 日 期	1	2	3	4	5	6
	職業病症狀及 檢查結果 (含職業史、臨 床表現、實驗 室檢驗、影像 檢查、暴露因 子等)						
	(醫事服務機構印章)	診 療 醫 師： _____ 簽 章 _____ 專科醫師證照 科 別： _____ 科 _____ 字 第 _____ 號					
		中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日					

※請醫事服務機構於每次診療時，於門診日期欄蓋1格院所日期戳章。 111.03

※勞動部勞工保險局地址：100232 臺北市中正區羅斯福路1段4號。電話(02)23961266 轉 2272。



第三聯(病患留存)

病 患	基本資料	姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號 (居留證或 護照號碼)	出生日期	年 月 日
	通訊地址				電話	(O) (H)
自 填 料	工 作 史 (請從最近工作往前填列)	服務單位名稱	工 作 內 容	起 始 日 期	截 止 日 期	服 務 年 數
				年 月	年 月	
				年 月	年 月	
				年 月	年 月	
資 料	過去病史	病 名	罹 患 時 間	已 痊 癒	治 療 中	沒 有 治 療
			年 月			
欄	切結簽章	1.本人就診時確實參加勞工職業災害保險生效中。 2.本人就診之醫療費用如經勞保局審查不合勞工職業災害保險及保護法相關規定不予給付時，同意返還醫療院所應收未收之各項費用。				
		切結人： 簽章				

以下紅框內各欄由醫事服務機構填寫

就 醫	醫事服務機構 名稱及代號	病 歷 號 碼		職 業 病 成 因 代 碼 (請參閱第三聯背面)			
		職 業 病 名 稱					
醫 紀 錄 欄	門診日期	1	2	3	4	5	6
	<p>注意事項：</p> <p>1.本門診單由診療醫師開具後，病患限於參加勞工職業災害保險生效期間，因同一職業病至同一醫事服務機構門診時使用。</p> <p>2.本門診單為就醫時之免部分負擔醫療費用憑證，無其他證明效力。</p> <p>3.被保險人罹患職業傷病需門診就醫時，請向投保單位領取「職業傷病門診單」，持往健保特約醫院或診所，免部分負擔醫療費用。投保單位不依規定發給時，請向勞保局或各縣市辦事處領取，經查明屬實後發給。</p>						
<div style="border: 1px dashed red; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p>(醫事服務機構印章)</p>		<p>診療醫師： _____ 簽章</p> <p>專科醫師證照</p> <p>科別： _____ 科 _____ 字第 _____ 號</p>					
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日							

※請醫事服務機構於每次診療時，於門診日期欄蓋1格院所日期戳章。 111.03

※勞動部勞工保險局地址：100232 臺北市中正區羅斯福路1段4號。電話(02)23961266 轉 2272。

職業疾病成因代碼表

代號	分 類 項 目
01	眼 睛 疾 病
02	游 離 輻 射
03	異 常 氣 壓
04	異 常 溫 度
05	噪 音 引 起 之 聽 力 損 失
06	職 業 性 下 背 痛
07	振 動 引 起 之 疾 病
08	手 臂 頸 肩 疾 病
09	缺 氧 症
10	鉛 及 其 化 合 物
11	其 他 重 金 屬 及 其 化 合 物

代號	分 類 項 目
12	有 機 溶 劑 或 化 學 物 質 氣 體
13	生 物 性 危 害
14	職 業 性 氣 喘、過 敏 性 肺 炎
15	礦 工 塵 肺 症 及 其 併 發 症
16	矽 肺 症 及 其 併 發 症
17	石 綿 肺 症 及 其 併 發 症
18	職 業 性 皮 膚 病
19	職 業 相 關 癌 症
20	其 他 可 歸 因 於 職 業 因 素 者
21	腦 心 血 管 疾 病
22	精 神 疾 病