



退保後職業病

失能津貼

申請書及給付收據

受理號碼： 號

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(居留證或護照號碼)																																				
	通 訊 地 址	郵遞區號： □□□□ - □□□□		電話： () 行動電話：				前述地址為：(請勾選) <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 現地址				職務名稱																														
		縣 鄉鎮 村 路 巷 號 樓	市 市區 里 街 段 弄																																							
		※外籍被保險人請填寫： 國籍： 母國地址： (請以英文填寫)																																								
職 業 病	診斷認可醫療機構名稱																																									
	診斷職業病名稱																																									
	疾病發生日期		民國 年 月 日(請填寫疾病確診日)																																							
保 險 事 故	於保險有效期間從事有害作業名稱及工作內容：																																									
給 付 方 式 (※請 擇 一 勾 選)請將申請人之存簿封面影本浮貼於背面(可覆蓋於說明之文字上).....																																									
	※所檢附之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。																																									
	1、 <input type="checkbox"/> 匯入申請人在金融機構之存簿帳戶： 銀行 分行																																									
	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">總代號</td> <td rowspan="2">帳 號</td> <td colspan="10">金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>※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。</p>														總代號			帳 號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)																							
總代號			帳 號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)																																						
2、 <input type="checkbox"/> 匯入申請人在郵局之存簿帳戶：局號： □□□□□□ - □ 帳號： □□□□□□ - □																																										
<p>以上各欄位均據實填寫。為審核津貼需要，同意貴局可逕向衛生福利部中央健康保險署或其他機關團體調閱相關資料。如有溢領之津貼，得自本人或受益人領取之保險給付、津貼及補助扣減繳還。</p> <p>被保險人簽名或蓋章： (本人正楷親簽)</p> <p>(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)</p>																																										

※申請退保後職業病失能津貼，無須委由他人代辦，各項欄位請覈實填寫，如有偽造、詐欺等不法行為者，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 2250)。

※勞工職業災害保險失能給付標準相關法規，可至勞動部勞工保險局全球資訊網 <https://www.bli.gov.tw> 查詢。

※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。

【請領退保後職業病失能津貼說明】

一、請領資格：

被保險人曾從事勞工職業災害保險及保護法第 63 條第 2 項所定有害作業，於退保後，經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，並遺存失能，且失能程度符合勞工職業災害保險失能給付標準規定者。

二、津貼基準：

- (一)按被保險人退保時之當月起前六個月平均月投保薪資除以三十，依勞工職業災害失能給付標準規定之給付等級日數計算一次發給，**以請領一次為限**。
- (二)依前項規定計算之平均月投保薪資，低於診斷失能時之勞工職業災害保險投保薪資分級表第一等級者，按第一等級計算發給。
- (三)符合失能津貼申請條件之被保險人，因同一失能事故，同時符合本法失能給付、失能津貼、失能補助及勞保失能給付時，僅得擇一請領。

三、應備具書件：

- (一)請領退保後職業病失能津貼，應提具下列書據證件：
 - 1. 退保後職業病失能津貼申請書及給付收據
 - 2. 勞工職業災害保險失能診斷書。(空白用紙請逕洽勞保局總局 1 樓服務台、各地辦事處或勞保局 02-23961266 轉分機 3666「電話服務中心」索取)
 - 3. 經醫學檢查者，應附檢查報告及相關影像圖片。
 - 4. 職業病診斷書(應由認可醫療機構之職業醫學科專科醫師出具)。
 - 5. 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)。**※曾因同一退保後職業病領取醫療補助者，得免附 4. 及 5. 書件。**
- (二)前項「勞工職業災害保險失能診斷書」由醫院開具後 5 日內逕寄勞保局，請將「**勞工職業災害保險失能診斷書逕寄勞動部勞工保險局證明書**」連同「退保後職業病失能津貼申請書及給付收據」及相關資料等，儘速寄送勞保局申請。

四、請領期限：**領取失能津貼之請求權，自得請領之日(診斷永久失能日)起，因 5 年間不行使而消滅。**

五、注意事項：

- (一)在保險有效期間罹患職業病，於保險效力停止之翌日起 1 年內，因同一職業病及其引起疾病致失能者，請填具「勞工職業災害保險失能給付申請書及給付收據」提出申請。
- (二)被保險人欲以匯至國外金融機構帳戶方式領取失能津貼時，須自行負擔國外匯費(匯費以各國內匯款金融機構收費標準為依據)，並自被保險人應領取之失能津貼金額中扣除。
- (三)勞工職業災害保險及保護法第 34 條及其施行細則第 88 條暨勞工職業災害保險未繳還之保險給付扣減辦法規定，已領取本法各項保險給付、補助或津貼，經保險人撤銷或廢止，應繳還而未繳還者，保險人得自其本人或受益人所領取之本保險給付或其他補助、津貼扣減之。