

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： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		通訊地址：																																							
	行動電話：		電 話：																																							
保 險 事 故	傷病類別： <input checked="" type="checkbox"/> 職業病：從農致罹患職業病				傷病發生日期： 年 月 日																																					
	因登革熱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)												※就醫津貼： 由勞保局按核定之傷 病給付日數一併發給。																													
	自 年 月 日至 年 月 日計 日																																									
	1. 感染登革熱與務農是否有關： <input type="checkbox"/> 是(如勾填「是」，請續填第2、3項) <input type="checkbox"/> 否																																									
	2. 農作內容： (1)工作場域： <input type="checkbox"/> 於農地實際從事農作時，作物為_____，農作內容：_____ (農地：_____地段_____地號)。 <input type="checkbox"/> 於_____集貨場執行農產品分級、包裝、選果。 <input type="checkbox"/> 其他：於_____實際從事農作，農作內容：_____ (2)因務農於習慣交易場所： 因務農於 <input type="checkbox"/> 一般零售市場 <input type="checkbox"/> 農夫市集 <input type="checkbox"/> 農民直銷站 <input type="checkbox"/> 農用資材販售地點 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 場所感染登革熱。 <input type="checkbox"/> 販售自產農產品，農作物：_____ <input type="checkbox"/> 購買農用資材，購買品項：_____ 以上場所名稱：_____ 3. 因務農感染登革熱其他說明： (※如不敷填寫可另紙書寫並簽章。)																																									
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。 ※郵局儲金簿局號或帳號不足七位者，請在左邊補零。																																									
	<input type="checkbox"/> 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 _____分部 銀行(庫局) _____分行(支庫局)																																									
	<table border="1"> <tr> <td>總代號</td> <td>分支代號</td> <td>帳</td> <td colspan="11">金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>號</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>														總代號	分支代號	帳	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)											<input type="text"/>	<input type="text"/>	號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
總代號	分支代號	帳	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)																																							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
	<input type="checkbox"/> 2. 匯入被保險人在郵局之帳戶(H):																																									
	<table border="1"> <tr> <td>局號</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>檢號</td> <td><input type="text"/></td> <td>帳號</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>檢號</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>														局號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	檢號	<input type="text"/>	帳號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	檢號	<input type="text"/>										
局號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	檢號	<input type="text"/>	帳號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	檢號	<input type="text"/>																									
<p>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。</p> <p>被保險人(申請人)簽名或蓋章：_____ (印章)</p> <p>(本人正楷親簽，如為受監護宣告者，應由其監護人副署簽章)</p>																																										
投 保 單 位 證 明 欄	*被保險人當期保險費是否已繳納：																																									
	(1)農民健康保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																																									
	(2)農民職業災害保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																																									
	上列各項經查明屬實，特此證明。																																									
	<table border="1"> <tr> <td>農保保險證號：</td> <td>_____</td> <td>負責人：</td> <td>_____</td> <td>(印章)</td> </tr> <tr> <td>單位名稱：</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> <td>(印章)</td> </tr> <tr> <td>電話：() _____</td> <td></td> <td>經辦人：</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> </table>														農保保險證號：	_____	負責人：	_____	(印章)	單位名稱：	_____			(印章)	電話：() _____		經辦人：	_____														
農保保險證號：	_____	負責人：	_____	(印章)																																						
單位名稱：	_____			(印章)																																						
電話：() _____		經辦人：	_____																																							
<div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 100px; float: right; margin-top: 10px;">(投保單位圖記)</div>																																										

※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)。

壹、填表前說明

職業傷病給付係被保險人因實際從事農業工作遭遇職業傷病不能工作，以致喪失或減少收入，正在治療中（住院或門診治療）者，始得請領。

依農民職業災害保險職業傷病審查辦法第 9-1 條規定略以，被保險人罹患第 9 條各款以外之疾病，經農業部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。是以，如被保險人因實際從事農業工作致罹患「登革熱」，經前開職業醫學專科醫師診斷視為職業病，即可依規定檢具前開醫師出具之「職業病診斷書」及「職業病評估報告書」申請傷病給付及就醫津貼。

依農業部函示，被保險人因實際從事農業工作感染登革熱申請傷病給付，有關感染登革熱之職業病診斷書得以醫療院所診斷證明書上載明感染登革熱、疑似感染登革熱、或登革熱快篩陽性者替代；其職業病評估報告書，得以農職保被保險人於申請書填載感染登革熱與實際從事農業工作內容之因果關係替代。

貳、給付條件、給付標準、應備書件

給付條件	給付標準	應備書件
1、因實際從事農業工作而罹患登革熱。 2、不能從事工作。 3、喪失或減少收入。	1、自感染登革熱不能工作之「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)傷病給付： ①第 1 年：按發生保險事故之當月月投保金額 $20,400 \text{ 元} \div 30 \text{ 日} \times 70\%$ =每日 476 元。 ②第 2 年：按發生保險事故之當月月投保金額 $20,400 \text{ 元} \div 30 \text{ 日} \times 50\%$ =每日 340 元。 (2)就醫津貼：門診每日 50 元，住院診療每日 900 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。 3、給付金額=傷病給付+就醫津貼。	1、【務農感染登革熱】農民職業災害保險傷病給付申請書及給付收據。 （請填載感染登革熱與從事農業工作內容之因果關係） 2、農民職業災害保險職業病診斷書。 （可洽醫療院所之醫師，或中央主管機關公告認可醫療機構之職業醫學科專科醫師開具職業病診斷書） 3、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。

參、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、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。

三、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。