

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

受理編號： - -23-

填表日期 112 年 8 月 31 日
(填表前請詳閱背面說明)

被保險人	姓名	李玟玟		出生日期	民國 51 年 2 月 8 日		身分證號 (或居留證號)	F	2	9	8	7	6	5	4	3	2							
	郵遞區號	100-232		通訊地址	臺北市中正區羅斯福路1段6號18樓																			
	行動電話	0987-654321		電話	(02)2396-1266																			
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：112 年 8 月 10 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	1	1	2	年	8	月	1	1	日	至	1	1	2	年	8	月	2	4	日	計	1	4	日
	1. 感染登革熱與務農是否有關： <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 於農地實際從事農作時，作物為竹筍，農作內容：採收竹筍 (農地：000000000000 地段 0000 -0000 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： <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： 竹林中半空心的竹筍有積水，孳生很多蚊子，112 年 8 月 10 日在採收竹筍時被蚊子叮咬，回家後發燒、噁心、頭痛、肌肉痛、關節痛，112 年 8 月 11 日到幸福醫院就醫，經醫師診斷為感染登革熱。 (※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)																							
	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)																							
投保單位證明欄	<input checked="" type="checkbox"/> 匯入被保險人在郵局之帳戶(H): 局號： 1 2 3 4 5 6 - 7 檢號 帳號： 8 9 0 1 2 3 - 4 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。																							
投保單位證明欄	被保險人(申請人)簽名或蓋章： 李玟玟 李玟玟印 (本人正楷親簽，如為受監護宣告者，應由其監護人副署簽章)																							
	*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： 06066999 負責人： 郝佳在 單位名稱： 00 市 00 區農會 電話： (02)2888-7890 經辦人： 曾福氣 郝佳在印 曾福氣印 農會圖記區市																							

※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)。

113.09 版

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 1 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) <u>112 年 2 月 10 日至 113 年 8 月 31 日期間，發生保險事故者：</u> ①第 1 年：按發生保險事故之當月月投保金額 $20,400 \text{ 元} \div 30 \text{ 日} \times 70\% = \text{每日 } 476 \text{ 元}$ 。 ②第 2 年：按發生保險事故之當月月投保金額 $20,400 \text{ 元} \div 30 \text{ 日} \times 50\% = \text{每日 } 340 \text{ 元}$ 。 (2) <u>113 年 9 月 1 日以後，發生保險事故者：</u> ①前 2 個月：按發生保險事故之當月月投保金額 $20,400 \text{ 元} \div 30 \text{ 日} \times 100\% = \text{每日 } 680 \text{ 元}$ 。 ②第 3 個月起：按發生保險事故之當月月投保金額 $20,400 \text{ 元} \div 30 \text{ 日} \times 70\% = \text{每日 } 476 \text{ 元}$ 。 3、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。 4、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。

農民職業災害保險職業傷病診斷書

患者姓名	李玟玟	身分證號 (或居留證號)	F	2	9	8	7	6	5	4	3	2
		出生日期	民國 5 1 年 2 月 8 日									
診斷名稱、傷害 部位及症狀	登革熱		國際疾病 代碼	A90								
因該傷害 初診日期	112 年 8 月 11 日		同一傷害 首次就診之 醫療院所	醫療院所名稱：幸福醫院 就診日期：112 年 8 月 11 日								
醫療期間	住院診療	自 年 月 日起至 年 月 日止，共 天。										
	門診治療	自 112 年 8 月 11 日起至 112 年 8 月 24 日止，共 3 次										
醫療經過(含急 診、門診、住院 檢查及手術情 形)	<input type="checkbox"/> 119 送醫 <input type="checkbox"/> 自行就診 <input checked="" type="checkbox"/> 家屬陪同就診 <input type="checkbox"/> 其他 患者於因發燒、噁心、頭痛、肌肉痛、關節痛，於 112/08/11 來院門診， 經診斷為感染登革熱。 112/08/11 至 112/08/24 門診 3 次。											
醫理評估何時 可恢復工作	評估可恢復工作日期：112 年 8 月 25 日											

範例

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：幸福醫院

代號：3501010288 電話：(02)2312-3456

開業執照：北市醫字第00000000號

地址：臺北市中正區南昌路1234號

院長(負責人)：傅0明

診斷醫師：蔣0華

出具日期：112 年 8 月 25 日

印章：

印章：

傅0
明印

醫師
蔣0華
醫字02號

醫 幸

院 福

※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。