職 勞工職業災害保險失能給付申請書及給付收據

受理號碼：　　號　填表日期　　年　　月　　日

填表前請詳閱背面說明，手機掃描右方 QR code 可參考範例

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)		職務名稱
通訊地址	郵遞區號：□□□－□□□　電話：(　)　行動電話： 縣/市　鄉鎮/市區　村/里　路/街　段　巷/弄　號　樓			前述地址為：(請勾選) □戶籍地址 □現地址		
	※外籍被保險人請填寫： 國籍：＿＿＿＿　母國地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(請以英文填寫)					
電子郵件信箱：						
請領資格	□保險期間因職災失能　□保險期間發生職災，保險效力停止一年內因同一傷病失能 □應加保但發生職災時未加保(受僱於災保法第 6 條規定之投保單位未加保勞工)					

保險事故

傷病類別：□職業傷害(1)　□職業病(2)

傷害類型：□執行職務□上下班事故□公出事故□其他＿＿＿＿＿＿

傷病發生日期：　年　月　日　　診斷失能日期：　年　月　日

※申請「職業傷害」者，請填受傷發生日；申請「職業病」者，請填該疾病確診日。

※請詳填下列欄位(如不敷填寫可另紙書寫並簽章；同一傷病已依本法領取醫療給付或傷病給付者，得免填寫。)

1. 實際工作內容：
2. 受傷時間及地點：□上午 □下午 ＿＿時＿＿分於何處：＿＿＿＿＿＿詳細地址：□同投保單位通訊地址 □其他：＿＿＿＿市/縣＿＿＿＿市/區/鄉/鎮
3. 受傷原因及經過：
4. 如因化學物質所致傷害者，請填明化學物質名稱：＿＿＿＿＿＿
5. 如為公出事故請填明係至何地從事何項工作：

※上下班或公出途中發生事故者，請另填具「上下班、公出途中發生事故而致傷害陳述書」及檢附被保險人駕照影本。

※職業工會及漁會被保險人發生事故者，請檢附目擊者證明書，並提供工作證明文件(被保險人如係自營作業者，請提供相關從業證明文件；如係受僱工作，請檢附雇主開具之證明，詳參見背面「四、注意事項」第(一)點。)

申請給付項目

本人申請失能給付，決定選擇依下列☑方式領取(請詳閱背面說明規定)：

※請擇一勾選，如有更改請於更改處簽名或蓋章(須與本申請書簽名或蓋章相符)；經勞保局核付後，不得再變更。

※未勾選者，經審定未達失能給付標準附表「終身無工作能力」之項目，勞保局逕按一次金發給。

※經評估失能程度符合終身無工作能力者，應自診斷永久失能之日逕予退保。

1. □**領取失能一次金給付**(如欲按月領取年金給付者，請勾選第 2 項)
2. □**按月領取失能年金**(如經審定符合失能給付標準附表所定失能狀態列有「終身無工作能力」，或經個別化專業評估工作能力減損達 50%以上，欲領取年金者，可選擇此項。領取失能年金，如有符合加發規定之配偶或子女者，應一併檢附「勞工職業災害保險失能年金加發眷屬補助申請書及給付收據」。)

・・・・・・請申請人於背面勾選給付方式並浮貼存簿封面影本・・・・・・

各欄位均據實填寫且確定選擇上開勾選之申請給付項目，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機關團體調閱相關資料。如有溢領之保險給付，得自本人或受益人領取之保險給付、津貼及補助扣減繳還。

※本案如經審查非屬職業傷病所致，本人□同意 □不同意 依勞工保險條例規定申請失能給付。

被保險人簽名或蓋章：＿＿＿＿＿＿(本人正楷親簽)

(註：如被保險人為「未成年」或「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)

※申請給付 勿信黃牛代辦

投保單位證明欄

各項資料經查明屬實，特此證明。(被保險人診斷永久失能時已退保者，本欄得免予蓋章)

※應加保但發生職災時未加保者免填保險證號。

保險證號：＿＿＿＿＿＿　單位名稱：＿＿＿＿＿＿

負責人：＿＿＿＿＿＿　經辦人：＿＿＿＿＿＿

電話：(　)＿＿＿＿＿＿　地址：＿＿＿＿＿＿

(單位印章)

※申請手續請洽投保單位辦理，免費又方便，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，將送司法機關辦理，如有疑義請電洽本局(電話：02-23961266 轉分機 2250)。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。

※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。

115.08

・・・・・・請將「存簿封面影本」浮貼於下方(可覆蓋於說明之文字上)・・・・・・

給付方式（※請擇一勾選）

※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、□匯入申請人在金融機構之存簿帳戶：＿＿＿＿＿＿銀行＿＿＿＿＿＿分行

總代號		

帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)													

※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。

2、□匯入申請人在郵局之存簿帳戶：局號：□□□□□□－□　帳號：□□□□□□□－□

3、□匯入申請人專戶：□請勞保局郵寄「開立專戶函」，申請人再至指定之金融機構開立專戶。

□檢附申請人已於土地銀行或郵局開立之勞保/職保/國保/就保/勞退/農退專戶存簿封面影本。

※申請人因債務問題致帳戶有遭扣押之虞，可申請開立專戶，僅供存入保險給付且存款不會被扣押或強制執行。

【請領勞工職業災害保險失能給付說明】

一、請領資格及給付基準：

被保險人遭遇職業傷病，經治療後，症狀固定，再行治療仍不能改善其治療效果，經全民健康保險特約醫院或診所診斷為永久失能，並符合勞工職業災害保險失能給付標準規定者。

(一) 失能年金：

1. 完全失能：按平均月投保薪資70%發給。
   符合第1等級或第2等級之失能項目，且該項目之失能狀態列有終身無工作能力者。
2. 嚴重失能：按平均月投保薪資50%發給。
   (1)符合第3等級之失能項目，且該項目之失能狀態列有終身無工作能力者。
   (2)符合第1等級至第9等級失能，並經個別化專業評估，工作能力減損達70%以上，且無法返回職場者。
3. 部分失能：按平均月投保薪資20%發給。
   符合第1等級至第9等級失能，並經個別化專業評估，工作能力減損達50%以上者。

(二) 失能一次金給付：按平均月投保薪資除以30，依失能給付標準規定之給付等級日數計算發給。

1. 失能狀態未達「終身無工作能力」之給付項目者。
2. 失能狀態符合「終身無工作能力」之失能項目者，如於98年1月1日前已有勞工保險年資者，得選擇請領失能一次金給付。

※申請失能年金個別化專業評估機制流程說明

↓

經審查失能程度符合第1至9等級，非屬「終身無工作能力」之失能項目者，勞保局洽調醫院病歷，並另函請被保險人補具職業別及工作內容說明

↓

勞保局將蒐集之評估資料交由受委託醫院，評估被保險人之工作能力

工作能力減損達70%以上，且無法返回職場者	工作能力減損達50%以上者	工作能力減損未達50%者
↓	↓	↓
核發嚴重失能年金並自診斷永久失能之日退保	**核發部分失能年金**	**核發失能一次金給付**

(三) 上述(一)、(二)之「平均月投保薪資」係按被保險人診斷實際永久失能日之當月起前6個月之實際月投保薪資計算。

二、應備具書件：

(一)勞工職業災害保險失能給付申請書及給付收據。

(二)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)

(三)經醫學檢查者，附檢查報告及相關影像圖片。

(四)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「勞工職業災害保險失能給付申請書及給付收據」及相關檢查報告等，交由投保單位辦理請領保險給付手續。被保險人診斷永久失能時已退保者，得自行申請。

※被保險人請領失能給付應備齊失能給付申請書及失能診斷書，如缺漏其一者，本局無從受理審核。

三、請領期限：領取失能給付之請求權，自得請領之日(診斷永久失能日)起，因5年間不行使而消滅。

四、注意事項：

(一) 於職業工會或漁會加保之被保險人，事故當日如係自營作業(如獨立承攬接案、自營商販、合夥經營事業等)，請檢附相關從業證明文件（例如:營利事業登記證、名片、進出貨或與客戶往來之單據、承攬契約影本等）；如係受僱工作，請檢附雇主開具之證明（應記載僱用期間、事故當日之工作內容、時間、地點及工資報酬。證明書請載明出具者姓名、身分證字號、地址、電話，並加蓋出具人印章）。

(二) 被保險人欲以匯至國外金融機構帳戶方式領取失能給付（含年金）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(按月)自被保險人應領取之失能給付金額中扣除。

(三) 領取失能年金者不符合給付條件或死亡時，本人或其法定繼承人應自事實發生之日起30日內，檢具相關文件資料通知勞保局，自事實發生之次月起停止發給年金給付。如未依前述規定通知勞保局致溢領年金者，勞保局應以書面命溢領人於30日內繳還。

(四) 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。