

確診 COVID-19

勞工職業災害保險

傷病給付

申請書及給付收據

受理號碼： - -21-

填表日期 111 年 6 月 1 日

※無須檢附醫療費用收據
(填表前請詳閱背面說明)

被保險人	姓名	歐陽大雄	出生日期	民國 71 年 10 月 30 日	身分證號 (居留證或 護照號碼)	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	郵遞區號	通訊地址		台北市中正區羅斯福路一段 4 號 14 樓											
	電話	行動電話		0901234567 (01)2345-6789											

傷病類別： 職業病 確診日期：111 年 4 月 25 日

申請因 **確診 COVID-19 全日不能工作** 期間及日數 (※居家辦公及自主健康管理期間不在給付範圍)
自 111 年 4 月 25 日至 111 年 5 月 4 日

連續期間 (註：申請連續期間者，不需統計日數)
 斷續期間 (註：請分列各段期間之起迄日期)

被保險人因 **確診 COVID-19 全日不能工作** 期間取得薪資 (或報酬) 情形
(※如有多種取薪狀況，請於各選項後方備註期間，如不敷填寫可另紙書寫並加蓋投保單位印章)

1. 未取得任何薪資或報酬
 2. 取得部分薪資或報酬
 3. 已取得原有薪資或報酬 (如請下列假別者請勾填： 特休假 排休 彈性假 輪休假 加班補休)
 4. 已依勞動基準法第 59 條取得職災補償

1. 實際工作內容：
 具有執業登記之醫事人員。
 醫療院所、血液透析單位、護理機構、老人福利機構或其他相關場所之非醫事人員。
 加強版集中檢疫所/防疫旅宿、篩檢站、防疫車隊或其他相關防疫設施人員。
 其他工作內容：

2. 確診前 14 日內實際工作地點有無發生 2 個以上確診病例 (包含同事、客戶等) 之群聚事件： 有 無

3. 其他因工作染疫說明：

(※如不敷填寫可另紙書寫並簽章)

給付方式 (請勾選一項)

... 請將申請人之存簿封面影本浮貼於此處 ...

※金融機構 (不含郵局) 及分支機構名稱請完整填寫，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。另所檢附金融機構或郵局之存簿封面影本應可清晰辨識，帳戶姓名須與本局加保資料相符，以免無法入帳。

1. 匯入申請人在金融機構之存簿帳戶：
金融機構名稱：_____ 銀行 _____ 分行

總代號	帳	金融機構存款帳號 (分行別、科目、編號、檢查號碼)
	號	

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。

以上各欄位均據實填寫，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。如有溢領之保險給付，同意貴局逕自本人或受益人得領取之保險給付、補助扣減繳還。

※若勞工保險被保險人係於勞工職業災害保險及保護法 111 年 5 月 1 日施行前發生職業災害傷病事故，尚未依勞保條例規定請領傷病給付且未逾勞保條例規定之請求權時效，同意依勞工職業災害保險及保護法規定申請傷病給付。

本案如經審查不符合職業傷害或職業病規定，本人同意貴局依勞工保險條例規定進行審查。

被保險人 (或受益人) 簽名或蓋章： 歐陽大雄 (請正楷親簽)

(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)

投保單位證明欄

上列各項經查明屬實，特此證明。

保險證號： 01235678 單位名稱： 夏林服務有限公司

負責人： 蘇亞飛 經辦人： 黃新一

電話： (02) 1234-5678 地址： 台北市信義區基隆路一段

※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。各項欄位請認真填寫，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，並得依民法請求損害賠償；涉及刑責者，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 2236)。

※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。

編號(Reference No.)1112222333444

社區防疫表單-指定處所(居家)隔離通知書-111/04/21 版(電子版)

嚴重特殊傳染性肺炎指定處所隔離通知書及提審權利告知

COVID-19 Designated Residence Isolation (Home Isolation) Notice
and Right to Petition for Habeas Corpus Relief

姓名(本人或法定代理人親填): Name (or Legal representative) 歐陽大雄	身分證號/護照號碼: Citizen ID No. /Passport No F123456789
聯絡電話: TEL 0901234567	地址: 台北市中正區羅斯福路一段4號14樓 Address

依傳染病防治法第44條第1項規定，為了保護您和親友及大眾的健康與安全，請您於2022年04月25日至2022年05月04日期間進行指定處所隔離，有關隔離之應遵守及注意事項如下：

According to Paragraph 1, Article 44 of the Communicable Disease Control Act, in order to prevent the spread of the disease and protect the health and safety of your friends, family members and the public, please comply with the following regulations regarding designated residence isolation (home isolation) during the period from 2022 / 04 / 25 (YYYY/MM/DD) to 2022 / 05 / 04 (YYYY/MM/DD):

一、應遵守事項

- (一) 留在家中（或嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心、地方政府指定範圍內），禁止外出，亦不得出境或出國。若遇生命、身體等之緊急危難（如：火災、地震或需緊急外出就醫等）而出於不得已所為離開隔離處所之適當行為，不予處罰；惟離開時應佩戴口罩，並儘速聯繫所在地方政府或1922，並依地方政府指示辦理。
- (二) 隔離期間，以1人1室（具單獨房間及衛浴）為基準；若選擇自宅或親友住所隔離者，同戶同住者日常生活仍需採取適當防護措施，包括落實佩戴口罩、遵守呼吸道衛生、勤洗手以加強執行手部衛生、保持良好衛生習慣及維持社交安全距離，且不可共食。請於隔離期間，每日早/晚各量體溫一次，自主詳實記錄體溫及健康狀況（如後附表格），並配合提供手機門號、回復雙向簡訊健康情形等必要之關懷追蹤機制（包含以手機門號進行個人活動範圍之電子監督）。隔離之個人資料沿用至隔離或自主健康管理期滿，並於結束後28天銷毀。
- (三) 如經安排收洽在指定處所（居家）或等候安排就醫期間，請您隨時注意自身健康狀況，若有出現症狀時，可聯繫所轄衛生局居家照護服務專線、指定居家醫療照護團隊或免費使用24小時視訊諮詢APP「健康益友」（IOS: <https://reurl.cc/Qj14GO>, Android: <https://reurl.cc/Qj14gM>），當出現

個案 ID/護照號碼(ID/Passport No.) : F123456789	填發單位 Competent authority 台北市政府衛生局
電話(Tel) : 0901234567	
開始隔離日 (Start date of designated residence isolation) : 2022 年 04 月 25 日 (YYYY/MM/DD)	
取消隔離日 (Cancellation date of designated residence isolation) : 2022 年 05 月 05 日 (YYYY/MM/DD)	
隔離地址(Address) : 台北市中正區羅斯福路一段 4 號	