

職 未加保勞工職業災害**失能補助**申請書及補助收據



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

| | | | | | | | | | | | |
|--------|------|---|----|-----------------|----------|---------------|--|---|------|--|--|
| 職業災害勞工 | 姓名 | | | 出生日期 | 民國 年 月 日 | 身分證(居留證或護照號碼) | | | | | |
| | 通訊地址 | 郵遞區號： <input type="text"/> - <input type="text"/> | | 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 | 弄 | | | | | |

| | | |
|------|---|---------------|
| 保險事故 | 傷病類別： <input type="checkbox"/> 職業傷害(1) <input type="checkbox"/> 職業病(2) | |
| | 傷害類型： <input type="checkbox"/> 執行職務 <input type="checkbox"/> 上下班事故 <input type="checkbox"/> 公出事故 <input type="checkbox"/> 其他_____ | |
| | 傷病發生日期： 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。 | 診斷失能日期： 年 月 日 |
| | ※請詳填下列欄位(如不敷填寫可另紙書寫並簽章) | |
| | 1. 實際工作內容： | |
| | 2. 受傷時間及地點： <input type="checkbox"/> 上午 _____時____分於何處：_____詳細地址： <input type="checkbox"/> 同受僱單位地址 <input type="checkbox"/> 下午 _____時____分於何處：_____詳細地址： <input type="checkbox"/> 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患者，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： | |
| | 6. 請檢送雇主(業主)及目擊者證明書。 | |
| | ※工作因素發生交通事故者，請另填具「上下班、公出途中發生事故而致傷害陳述書」及檢附勞工駕照影本。 | |

| | | | | | | | |
|----------------------|--|--------------------------|-----|----|--------------------------|----------------------|----------------------|
| 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>總代號</td> <td>帳號</td> <td>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><input type="text"/></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) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 總代號 | 帳號 | 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"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| | 2、 <input type="checkbox"/> 匯入申請人在郵局之存簿帳戶：局號： <input type="text"/> - <input type="text"/> 帳號： <input type="text"/> - <input type="text"/> | | | | | | |

以上各欄位均據實填寫。為審核補助需要，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。如有溢領之補助，得自本人或受益人領取之保險給付、津貼及補助扣減繳還。

職災勞工簽名或蓋章：

(本人正楷親簽)

(註：如勞工為「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)

※申請補助
勿信黃牛代辦

| | | | |
|------|----------|---------|-----|
| 受僱資料 | 受僱單位名稱： | (請填寫全銜) | |
| | 電話： | () | 地址： |
| | 雇主(負責人)： | 身分證號： | |
| | 電話： | () | 住址： |

※申請未加保勞工職業災害失能補助，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 2899)。

※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。

【未加保勞工請領失能補助說明】

一、請領資格：

未加入勞工職業災害保險之勞工，於111年5月1日(含當日)後遭遇職業傷病致失能，且符合勞工保險失能給付標準第3條附表所定第1等級至第10等級規定者，得申請失能補助。

二、補助基準：

按診斷失能時，勞工職業災害保險投保薪資分級表第一級月投保薪資除以三十，依勞工職業災害保險失能給付標準規定之給付等級日數計算一次發給。

三、應備書件：

(一)請領失能補助，應提具下列書據證件：

1. 未加保勞工職業災害失能補助申請書及補助收據。
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「綜合索表組」索取)
3. 經醫學檢查者，應附檢查報告及相關影像圖片。
4. 受僱從業之單位名稱、雇主姓名、地址、工作性質、內容及職業災害相關證明資料。
5. 罹患職業病者，應另檢附**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)及**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)。

(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「未加保勞工職業災害失能補助申請書及補助收據」及職業病診斷書、職歷報告書等相關檢查報告等，儘速寄送勞保局申請。

四、請領期限：領取失能補助之請求權，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)勞工欲以匯至國外金融機構帳戶方式領取補助時，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)，並自勞工應領取之補助金額中扣除。
- (二)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補助、津貼扣減之。