

※各欄位請填寫完整，切勿空白

勞工職業災害保險被保險人 <sup>上下班</sup> 公 出 途中發生事故而致傷害陳述書

		受理號碼	
(一)被保險人姓名	林小玲	(二)發生事故當日被保險人應工作起迄時間	自 8 時 30 分起 至 17 時 30 分止
(三)被保險人所用交通工具	<input type="checkbox"/> 大型重型機車 <input checked="" type="checkbox"/> 普通重型機車 <input type="checkbox"/> 輕型機車 <input type="checkbox"/> 自小客車 <input type="checkbox"/> 腳踏車 <input type="checkbox"/> 其他 ( ) (勾其他者，請填明交通工具別)		
(四)被保險人上、下班或公出單趟路程所需交通時間	需 小時 30 分鐘	(五)發生保險事故時間	111 年 5 月 1 日 8 時 10 分
(六)發生保險事故時，有無右列情事，請確實於各 <input type="checkbox"/> 內勾劃陳述，切勿空白 (領有駕駛車種之執照駕車者，請附駕駛人駕照正、背面影本)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	領有駕駛車種之執照駕車	駕駛人駕照正、背面影本浮貼處
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	受吊扣期間、吊銷或註銷駕駛執照處分駕車	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	行經有燈光號誌管制之岔路口違規闖紅燈	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	闖越鐵路平交道	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	酒精濃度超過規定標準駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	吸食毒品、迷幻藥、麻醉藥品及其他相關類似之管制藥品駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	未依規定使用高速公路、快速公路或設站管制道路之路肩	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	在道路上競駛、競技、蛇行或以其他危險方式駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	駕駛車輛不按遵行之方向行駛	
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	駕駛車輛不依規定駛入來車道		
(七)是否日常上、下班或公出時間應經途中發生事故	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	日常上下班 公 出 時間應經途中發生事故	
(八)有無因處理私事而中斷或脫離應經之途徑	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	處理私事原因經過詳情，請說明： (如不敷填寫可另紙書寫說明並簽章)	
(九)有無經警察等有關機關處理	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	請填明機關全銜(如有相關證明請一併檢附)：	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	見證人	姓名： 關係： 地址： 電話：	
(十)屬上、下班途中發生事故者，請於本陳述書背面繪明包括日常居住處所、勞動場所、上下班應經途徑、事故地點之簡圖。			
以上各項均由本人依照事實填具，如有不實，願歸還溢領之保險給付、津貼、補助，並負行政罰、民事及刑事責任，特此具結。			
此致 勞動部勞工保險局		被保險人(或受益人)簽章： 林小玲	
中華民國 年 月 日		(本人正楷親簽)	
投保單位印章：		負責人印章：	
		經辦人印章：	

※勞工職業災害保險及保護法第 92 條規定：以詐欺或其他不正當行為領取保險給付、津貼、補助，或為虛偽之證明、報告、陳述者，除按其領取之保險給付、津貼、補助處以 2 倍罰鍰外，並得依民法請求損害賠償；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。

1.請填寫下列各處地址 (如不敷填寫可另紙書寫說明並簽章)

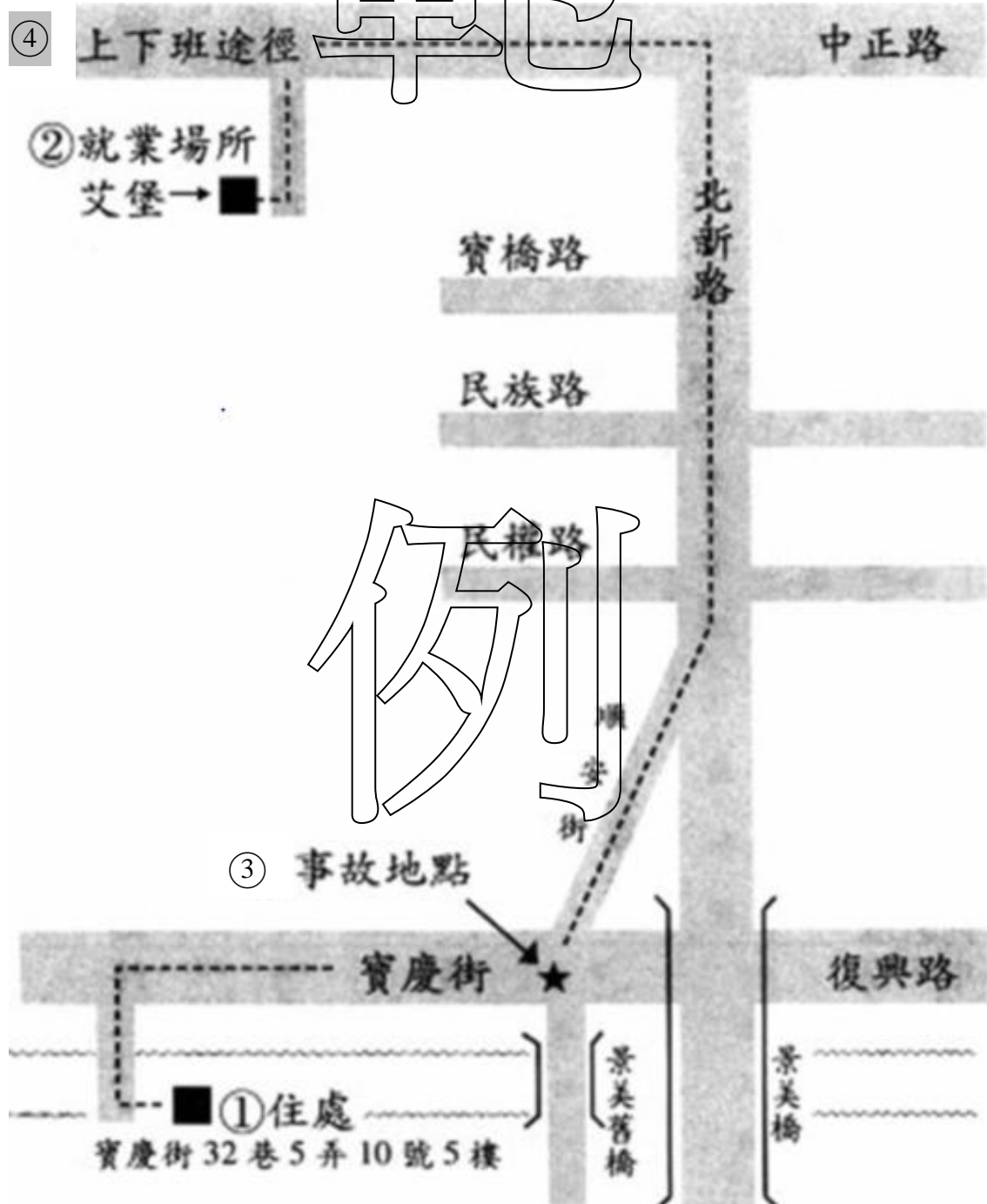
(1)日常居住處所地址：\_\_\_\_\_ 新北市寶慶街 32 巷 5 弄 10 號 5 樓 \_\_\_\_\_

(2)勞動場所地址：\_\_\_\_\_ 艾堡股份有限公司 \_\_\_\_\_

(3)事故地點 (若不清楚，可只寫大概位置)：\_\_\_\_\_ 寶慶街、順安街口 \_\_\_\_\_

2.請畫簡圖 [發生事故當日之上、下班路徑，請務必繪明並標記：(1)日常居住處所。(2)勞動場所。

(3)事故地點。(4)上下班應經途徑。



# 勞工職業災害保險

# 自墊醫療費用

# 核退申請書及給付收據

受理號碼：

填表日期：111年10月3日


(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		身分證號碼	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	通訊地址	郵遞區號：100-232		電話	(02) 23961266		行動電話	0901234567									
		台北	縣	中正	鄉鎮市區	市	村	羅斯福路	1	段	巷	4	號	14	樓		

申請項目

1.  健保部分負擔醫療費用 (或職業傷病住院膳食費)

2. 自111年5月1日起因職業傷病  住院  門診 使用自付差額特材費用 (請掃描QR Code查詢) 可申請退費特材品項後，連結檢核表檢視再予勾填)



請領資格  保險期間發生職災事故  未加保期間發生職災事故 (屬受僱災保法第6條規定投保單位之應加保勞工)

傷病類型： 上下班事故  執行職務  公出事故  職業病  其他

傷病發生日期：111年5月3日

申請職業傷害，請填寫受傷發生日；申請職業病，請填寫疾病確診日。

1. 實際工作內容：操作機台作業員

2. 受傷時間及地點： 上午 11時20分於何處：台北市 詳細地址： 其他：台北市信義區/鎮 基隆路一段

3. 受傷原因及經過：騎機車被撞經救護車送醫治療 與工作之關係為何：

4. 如因化學物質所致傷者，請填明化學物質名稱：

5. 如為公出請再填明至何地從事何工作致事故：由公司出發至中和大倉公司送模具途中車禍

\*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書陳述書及檢附被保險人駕照影本；如係工會、漁會被保險人發生事故，請檢送雇主及目擊者證明書。

就醫情形

就醫院所名稱

台大醫院  急、門診  住院 111.5.3~111.5.10

正陽骨科診所  急、門診  住院 111.5.11起

診別 請填寫看診日期或住院起迄日 (不敷填寫可另紙書寫)

- 應備文件
- 1. 自墊醫療費用核退申請書及給付收據。
  - 2. 醫療費用收據正本及費用明細，收據如為影本者，請醫療機構加蓋印信註明與原正本相符。
  - 3. 診斷書或證明文件。
  - 4. 全民健康保險自付差額特材之同意書 (有申請特材費用者始提供)。
  - 5. 我國境外遭遇職業傷病就診，應出具當次出、入境證明文件影本及服務機關出具之證明，費用收據正本及診斷書，如為英、日文以外之外文文件，應檢附中文翻譯本。

自墊費用原因(或不可歸責事由)說明：發生事故當時不知可使用勞保職業傷病醫療書單就醫

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 ...

\*所檢附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：金融機構名稱： 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：123456 帳號：765432 1

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。

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，依照勞工職業災害保險及保護法第34條第1項規定，得以本人或受益人請領之保險給付扣減之。

被保險人(或受益人)簽名或蓋章：歐陽大雄 (本人正楷親簽)

投保單位證明欄




上列各項經查明屬實，特此證明。\*應加保但發生職災時未加保者，可免填保險證號及本證明欄免蓋章。

保險證號：01235678 單位名稱：亞飛股份有限公司

負責人：蘇亞飛 經辦人：黃新一

電話：(02) 1234-5678

地址：82059 台北市內湖區東湖路500號

\*各項欄位請核實填寫，如有偽造、詐欺等不法行為，將移送司法機關辦理，申請手續如有疑義請電洽本局 (電話：02-23961266 轉分機 2272)。  
\*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。



# 填表前說明

**已使用職業傷病門診單或住院申請書就醫者，部分負擔醫療費用及職業傷病住院 30 日內膳食費已由就醫之醫療院所直接減免，不得再申請核退職業傷病自墊醫療費用。**

## 一、請領資格

1. 被保險人於保險效力開始後，停止前發生職業傷病事故，並符合「勞工職業災害保險職業傷病審查準則」規定，需門診或住院者。
2. 被保險人在保險有效期間發生職業傷病事故，於保險效力停止後 1 年內需門診及住院者。
3. 被保險人在保險有效期間發生職業傷病事故後，於退保後依「職業災害勞工醫療期間退保繼續參加勞工保險辦法」規定參加勞工保險期間，因同一職業傷病及其引起之疾病需門診或住院者。

## 二、給付標準

1. 被保險人遭遇職業傷害或罹患職業病，應向全民健康保險特約醫院或診所申請診療，如先以健保身分就醫，得於規定期限內檢具申請書件向勞保局申請核退健保規定之部分負擔醫療費用及職業傷病住院 30 日內膳食費暨健保給付自付差額特殊材料費用。被保險人之保險醫療費用由勞保局支付。
2. 勞保局支付之醫療費用除準用全民健康保險有關規定辦理外，以「勞工職業災害保險醫療給付項目及支付標準」有規定者為限。健保不予給付之項目（如交通、掛號、證明文件、成藥、病房差額……等），職保亦不予給付。

## 三、注意事項

1. 被保險人因職業傷病至全民健康保險特約醫院或診所就診，因不可歸責於被保險人之事由，致未能於就醫之日起 10 日內(不含例假日)或出院前補送職業傷病門診單或住院申請書，而先以健保身分就醫者，可於門診治療當日或出院之日起 6 個月內，如有特殊原因者 5 年內填具申請書件，向勞保局申請核退醫療費用。
2. 申請書及相關證明書件應核實填寫保險事故發生時間、地點、經過、與執行職務因果關係，如以詐欺或其他不正當行為領取保險給付，或為虛偽之證明、報告、陳述者，除按其領取之保險給付處以 2 倍罰鍰外，並應依民法請求損害賠償；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。
3. 申請大陸地區住院 5 日(含 5 日)以上之自墊醫療費用核退案件，所需檢具之醫療費用收據正本及診斷書，須先在大陸地區公證處辦理公證，再持公證書正本向國內財團法人海峽交流基金會申請驗證，完成公證驗證之文書，才可提出申請。
4. 申請核退因職災住院部分負擔醫療費用或因職災於海外就醫或緊急至非全民健康保險特約醫院或診所就醫之醫療費用，經勞保局核定係屬職業傷病之案件，轉由衛生福利部中央健康保險署各分區業務組代為核付，申請人如對核退金額有疑義，請洽詢健保各分區業務組，聯絡方式請至該署網站(<https://www.nhi.gov.tw>)查閱。
5. 被保險人因職業傷病及其引起之疾病，經全民健康保險特約醫院或診所醫師認定有醫療上需要，自 111 年 5 月 1 日起就醫選用全民健康保險法第 45 條第 1 項自付差額特殊材料品項，於先行墊付自付差額後，得向勞保局申請核退費用。前述自付差額特材品項，以衛生福利部公告者為限。(請詳見衛生福利部中央健康保險署<https://www.nhi.gov.tw>\健保服務\健保藥品與特材\健保特殊材料\健保特材品項查詢\健保自付差額)。
6. 如因債務問題致帳戶有遭扣押之虞，無法提供一般金融機構帳戶者，可依勞工職業災害保險及保護法第 33 條規定向勞保局申請於金融機構開立專戶，存入之保險給付將不得作為抵銷、扣押、供擔保或強制執行之標的。
7. 若為普通傷病，係屬衛生福利部中央健康保險署辦理項目，請將資料備齊後，逕送衛生福利部中央健康保險署各分區業務組。