



勞工職業災害保險

職業傷病住院申請書

上聯 請醫事服務機構附於病歷 至少保存 7 年 (填表前請詳閱背面說明)

保險證號	01235678	投保單位名稱	亞飛股份有限公司						最近加保生效日期	民國 102 年 1 月 1 日				
被保險人姓名	歐陽大雄	身分證號 (居留證或護照號碼)	A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	出生日期	民國 71 年 10 月 30 日
被保險人通訊地址	台北市中正區羅斯福路一段 4 號 14 樓						電話	(02)2396-1234			傷病發生日期	民國 111 年 5 月 1 日		
投保單位證明欄	1. 職業災害類型： <input type="checkbox"/> 執行職務 <input type="checkbox"/> 上下班事故 <input checked="" type="checkbox"/> 公出事故 <input type="checkbox"/> 職業病 <input type="checkbox"/> 其他 <input checked="" type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 同投保單位通訊地址 2. 受傷時間及地點： <input type="checkbox"/> 下午 11 時 30 分於何處：基隆路 詳細地址： <input checked="" type="checkbox"/> 其他：台北市信義區基隆路一段 106 號 與工作之關係為何： <u>老闆派我送模具給客戶</u> ，上列各項經查明屬實，特此證明。													
	 負責人：蘇亞飛 經辦人：黃新一 填發日期：111 年 5 月 2 日													
醫事服務機構填寫欄	醫事服務機構代號及名稱						傷病名稱							
	被保險人病歷號碼						住院始期 民國 年 月 日							

請沿此虛線撕下



勞工職業災害保險

職業傷病住院申請書

下聯 請醫事服務機構寄回勞保局

保險證號	01235678	投保單位名稱	亞飛股份有限公司						最近加保生效日期	民國 102 年 1 月 1 日				
被保險人姓名	歐陽大雄	身分證號 (居留證或護照號碼)	A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	出生日期	民國 71 年 10 月 30 日
被保險人通訊地址	台北市中正區羅斯福路一段 4 號 14 樓						電話	(02)2396-1234			傷病發生日期	民國 111 年 5 月 1 日		
保險事故欄 (請投保單位核實填寫)	1. 職業災害類型： <input type="checkbox"/> 執行職務 <input type="checkbox"/> 上下班事故 <input checked="" type="checkbox"/> 公出事故 <input type="checkbox"/> 職業病 <input type="checkbox"/> 其他 <input checked="" type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 同投保單位通訊地址 2. 實際工作內容： <u>操作機操作機台工作員</u> 3. 受傷時間及地點： <input type="checkbox"/> 下午 11 時 30 分於何處：基隆路 詳細地址： <input checked="" type="checkbox"/> 其他：台北市信義區基隆路一段 106 號 4. 受傷原因及經過： <u>騎機車被撞經救護車送醫治療</u> ，與工作之關係為何： <u>老闆派我送模具給客戶</u> 5. 如因化學物質所致傷害者，請填明化學物質名稱： 6. 如為公出請再填明至何地從事何工作致事故： <u>由公司出發至中和大倉公司送模具途中車禍</u> (*如被保險人為上下班、公出途中事故，有「勞工職業災害保險職業傷病審查準則」第 17 條情事之一者，不得視為職業傷害，請勿填發本單供其使用)													
	投保單位證明欄 上列各項經查明屬實，特此證明。 負責人：蘇亞飛 經辦人：黃新一 填發日期：111 年 5 月 2 日													
醫事服務機構證明欄	醫事服務機構代號及名稱						傷病名稱 (主診斷)							
	被保險人病歷號碼						傷病名稱 (次診斷)							
	住院始期 年 月 日						主要症候							
	上列被保險人確經本院醫師親自診斷有住院診療之必要，並經核對其國民身分證或其他足以證明身分之證件與上表所填各項相同，特此證明。 負責醫師： 主治醫師： 民國 年 月 日 填 寄													

\* 醫事服務機構應於收到本住院申請書後，於 10 日內將下聯正本寄送勞動部勞工保險局。(地址：100232 臺北市中正區羅斯福路 1 段 4 號)

## 職業傷病醫療書單使用說明

- 一、被保險人於保險有效期間，遭遇職業傷病需診療時，投保單位應核實填發職業傷病門診單或住院申請書(以下簡稱職業傷病醫療書單)，交被保險人連同全民健康保險卡及國民身分證或其他足資證明身分之證件，持往全民健康保險特約醫院或診所申請診療。
- 二、投保單位填發職業傷病醫療書單時，須注意被保險人資格須符合下列條件：
  - (一)被保險人在保險有效期間發生職業傷病事故，需門診或住院者。
  - (二)被保險人在保險有效期間發生職業傷病事故，於保險效力停止後一年內，因同一職業傷病及其引起之疾病需門診及住院者。
  - (三)被保險人在保險有效期間發生職業傷病事故，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。
- 三、投保單位詢明被保險人發生事故之時間、地點、原因及經過情形，認為與執行職務有因果關係、或為上下班或公出途中等符合「勞工職業災害保險職業傷病審查準則」或同準則附表之勞工職業災害保險職業病種類表屬職業傷病之規定，請詳填職業傷病醫療書單之各項欄位並加蓋投保單位、負責人及經辦人印章後，發給被保險人使用。有關規定請逕至「勞動部勞工保險局全球資訊網」查閱。
- 四、投保單位填發職業傷病醫療書單時應予以登記，並請被保險人簽收。職業工會及漁會須另填具「職業工會及漁會填發職業傷病醫療書單調查表」。簽收登記資料及調查表由投保單位自行保管至翌年底，以備查核。
- 五、職業工會、漁會、海員總工會及船長公會或其所屬被保險人因欠繳保險費及滯納金，經保險人依勞工職業災害保險及保護法第 23 條規定暫行拒絕給付者，在欠費未繳清前，投保單位不得填發被保險人職業傷病醫療書單。但被保險人應繳部分之保險費已繳納於投保單位者，仍得發給。
- 六、投保單位欠繳保險費及滯納金，被保險人本身負有繳納義務，或擔任其他欠費投保單位代表人或負責人，經保險人依勞工職業災害保險及保護法第 23 條規定暫行拒絕給付者，自暫行拒絕給付之日起，不得填發該被保險人職業傷病醫療書單。
- 七、被保險人如未及時使用本書單住院診療，應於出院前補送本書單至該全民健康保險特約醫院或診所，請其退還所收取之保險醫療費用。
- 八、投保單位應確實依本使用說明辦理職業傷病醫療書單填發作業，否則應依勞工職業災害保險及保護法第 41 條規定負醫療費用之償付責任。