

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： 年 月 日		(填表前請詳閱背面說明)	
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)
	通訊地址	郵遞區號： □□□□-□□□□	電話：() □□□□	行動電話：	
		縣 鄉鎮 村 路 巷 號 樓	市 市區 里 街 弄		
申請項目	1. <input type="checkbox"/> 健保部分負擔醫療費用 (或職業傷病住院膳食費)		自 111 年 5 月 1 日起因職業傷病 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 門診 2. 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		<input type="checkbox"/> 保險期間發生職災事故 <input type="checkbox"/> 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)			
保險事故	傷病類型： <input type="checkbox"/> 上下班事故 <input type="checkbox"/> 執行職務 <input type="checkbox"/> 公出事故 <input type="checkbox"/> 職業病 <input type="checkbox"/> 其他		傷病發生日期： 年 月 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： _____ <input type="checkbox"/> 同投保單位通訊地址		2. 受傷時間及地點： <input type="checkbox"/> 上午 <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： _____ 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： _____		*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；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	診別	請填寫看診日期或住院起迄日 (不敷填寫可另紙書寫)		
		<input type="checkbox"/> 急、門診 <input type="checkbox"/> 住院			
應備文件	<input type="checkbox"/> 1. 自墊醫療費用核退申請書及給付收據。				
	<input type="checkbox"/> 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。				
<input type="checkbox"/> 3. 診斷書或證明文件。					
<input type="checkbox"/> 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)。					
<input type="checkbox"/> 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：					
... .. 請將申請人之存簿封面影本浮貼於此處					
給付方式 (請勾選一項)	*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。				
	<input type="checkbox"/> 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。					
<input type="checkbox"/> 2. 匯入申請人在郵局之存簿帳戶 局號： □□□□□□□□ — 帳號： □□□□□□□□ — □□					
<input type="checkbox"/> 3. 匯入申請人專戶： <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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： _____ (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)					
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： _____		單位名稱： _____		
	負責人： _____		經辦人： _____		
	電話：() _____		地址： _____ (單位印章)		

*各項欄位請確實填寫，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。 112.11

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。