

**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      年      月      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		出生日期	民國    年    月    日	身分證號 (居留證或護照號碼)											
	郵遞區號： □□□□-□□□□			通訊地址：												
	電 話：			行動電話：												

保	傷病類別： <input checked="" type="checkbox"/> 職業病	確診日期： 年 月 日
	申請因 <b>確診 COVID-19 全日不能工作</b> 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 年 月 日至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 連續期間(註：申請連續期間者，不需統計日數) <input type="checkbox"/> 斷續期間(註：請分列各段期間之起迄日期)	
險	被保險人因 <b>確診 COVID-19 全日不能工作</b> 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) <input type="checkbox"/> 1. 未取得任何薪資或報酬 <input type="checkbox"/> 2. 取得部分薪資或報酬 <input type="checkbox"/> 3. 已取得原有薪資或報酬(如請下列假別者請勾填： <input type="checkbox"/> 特休假 <input type="checkbox"/> 排休 <input type="checkbox"/> 彈性假 <input type="checkbox"/> 輪休假 <input type="checkbox"/> 加班補休) <input type="checkbox"/> 4. 已依勞動基準法第 59 條取得職災補償	
	事 故 1. 實際工作內容： <input type="checkbox"/> 具有執業登記之醫事人員。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3. 其他因工作染疫說明：	

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. <input type="checkbox"/> 匯入申請人在金融機構之存簿帳戶：										總代號		帳 號		金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)											
	金融機構名稱：_____銀行_____分行										<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>		帳號：		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>						
3. <input type="checkbox"/> 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。																

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： (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： <u>02003744T</u>	單位名稱： <u>台南市工具車輛操作員職業工會</u>	
	負責人： <u>賴東賢</u>	經辦人： <u>蔡姍姍</u>	(單位印章)
	電話： <u>06-3561725</u>	地址： <u>台南市安南區安豐六街54號</u>	

※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。各項欄位請覈實填寫，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。

## 壹、填表前說明

職業傷病給付係被保險人因執行職務遭遇職業傷病，不能工作（住院或門診治療期間），以致未能取得原有薪資或收入，或僅取得部分薪資或收入者始得請領。嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）屬第5類傳染病，其確診者之收治處所以醫院為原則。為擴大醫療應變量能，強化輕重症分流，直轄市、縣(市)政府安排無症狀或輕症之確診者暫時收治於加強版集中檢疫所/防疫旅館；嗣中央流行疫情指揮中心於111年4月8日公告「COVID-19 確診個案居家照護管理指引」，規定確診個案符合一定條件者，調整為居家照護，並給予相關醫療照護措施。

勞動部考量整體防疫政策及被保險人給付權益，放寬確診 COVID-19 之被保險人由直轄市、縣(市)政府收治於加強版集中檢疫所/防疫旅館進行診療，或自111年4月8日起進行居家照護之期間，得依規定請領傷病給付。相關法令規定、填表範例可至勞保局因應嚴重特殊傳染性肺炎協助專區 (<https://www.bli.gov.tw/0104151.html>) 查詢。

## 貳、請領要件、給付標準及應備書件

給付種類	給付要件	給付標準及計算方式	申請應備書件
職業傷病給付	一、因執行職務染疫確診嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)，由醫院、直轄市、縣(市)政府收治於加強版集中檢疫所/防疫旅館進行診療、或自111年4月8日起進行居家照護期間 二、不能工作 三、未能取得原有薪資或報酬	一、按被保險人確診 COVID-19 隔離之當月起（包括當月）前6個月之平均日投保薪資，自隔離不能工作之「第4日」起發給。 二、舉例： (一)111年5月2日確診，指定處所隔離通知書記載自111年5月2日至111年5月11日期間進行指定處所隔離，被保險人於居家照護隔離期間未工作、未取得原有薪資，其平均月投保薪資45,800元，平均日投保薪資為1,526.7元(45,800元÷30=1,526.7元)，則可請領傷病給付為： 1,526.7元×7天=10,687元 (二)111年5月8日確診，指定處所隔離通知書記載自111年5月8日至111年5月14日期間進行指定處所隔離，被保險人於居家照護隔離期間未工作、未取得原有薪資，平均月投保薪資45,800元，平均日投保薪資為1,526.7元(45,800元÷30=1,526.7元)，則可請領傷病給付為： 1,526.7元×4天=6,107元	一、勞工職業災害保險傷病給付申請書及給付收據。 二、傷病診斷書正本或嚴重特殊傳染性肺炎指定處所隔離通知書影本。(如暫時無法取得隔離通知書者，可檢附「數位新冠病毒健康證明-檢驗結果數位證明」、「健保快易通APP登載PCR檢測陽性之截圖畫面(須包含身分證字號)」或其他足資證明確診之相關資料。)

## 參、應注意事項

- 一、嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)為具有高度傳染性之法定傳染病，在任何時間、地點皆有可能染疫，須因執行職務致染疫者，始得認定為職業傷病。有關是否因執行職務染疫之認定，係依據勞工職業災害保險職業病種類表(第3.16項)及「職業因素引起嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)認定參考指引」規定辦理。
- 二、領取傷病給付之請求權，自得請領之日起，因5年間不行使而消滅。傷病給付金額係按日計算，確診被保險人得於解除隔離之翌日起5年內請領。
- 三、傷病給付係以因傷病「不能工作4日以上」為給付要件，凡有工作事實，不論工作時間長短，均不得請領。因此，如確診被保險人於隔離期間「遠距辦公」或「居家辦公」等，因已有工作事實，其工作之日數不得請領傷病給付。
- 四、於保險有效期間發生之傷病，在保險效力停止後1年內仍可享受請領傷病給付之權利。
- 五、取得原有薪資者不得請領傷病給付，惟於隔離期間係請特休假、排休、彈性假、輪休假、加班補休等假別者，仍得依規定請領傷病給付。
- 六、雇主依勞動基準法第59條規定給予原領工資數額之補償，該項給予係屬補償金之性質，與工資不同，非屬勞工職業災害保險及保護法第42條之「原有薪資」，仍得依規定請領職災傷病給付。
- 七、所檢附之文件、資料為我國政府機關(構)以外製作者，應經相關單位驗證；如文件、資料為外文者，須連同中文譯本一併驗證或洽國內公證人認證(足資辨識之診斷證明書或事故證明英文文件、資料，得免附中文譯本)。
- 八、勞工保險被保險人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，若尚未提出申請傷病給付，且該給付未逾勞工保險條例規定之請求權時效者，得選擇適用勞工職業災害保險及保護法或勞工保險條例規定請領傷病給付。