

# 勞工保險 失能給付 申請書及給付收據

|      |  |   |      |               |              |
|------|--|---|------|---------------|--------------|
| 受理編號 |  | 號 | 填表日期 | 104 年 1 月 3 日 | (填表前請詳閱背面說明) |
|------|--|---|------|---------------|--------------|

|      |      |  |   |      |                                     |    |    |         |                     |   |   |    |   |   |   |   |  |
|------|------|--|---|------|-------------------------------------|----|----|---------|---------------------|---|---|----|---|---|---|---|--|
| 被保險人 | 姓名   | 林大樹  |   | 出生日期 | 民國 50 年 2 月 5 日                     |    |    | 身分證統一編號 | A 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |   |   |    |   |   |   |   |  |
|      | 通訊地址 | 郵遞區號： <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">231</span> - <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">12</span> |   |      | 電話：(02) 99999999<br>行動電話：0999123456 |    |    |         |                     | 前述地址為：(請勾選)<br><input type="checkbox"/> 戶籍地址<br><input checked="" type="checkbox"/> 現地址 |   |    |   |   |   |   |  |
|      | 新北   | 縣  | 市 | 新店   | 鄉鎮市區                                | 村里 | 新新 | 路       | 街                   | 33  | 段 | 巷弄 | 5 | 號 | 2 | 樓 |  |

|      |   |   |  |  |        |               |  |  |        |                 |  |  |  |  |  |
|------|---|---|--|--|--------|---------------|--|--|--------|-----------------|--|--|--|--|--|
| 保險類別 | 傷病類別  | <input type="checkbox"/> 1 職業傷害 <input type="checkbox"/> 2 職業病 <input type="checkbox"/> 3 普通傷害 <input checked="" type="checkbox"/> 4 普通疾病 |  |  | 傷病發生日期 | 102 年 6 月 6 日 |  |  | 診斷失能日期 | 103 年 12 月 26 日 |  |  |  |  |  |
|      | 傷病類別勾選 1 職業傷害或 2 職業病者須填寫下列欄位 (不得空白)，如不敷填寫，請以另紙書寫。 |   |  |  |        |               |  |  |        |                 |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|
| 請詳述實際工作內容暨職業傷病發生之時間、地點、治療經過及與執行職務間之具體因果關係 (上下班或公出途中發生事故者，請另填具由本局印製之「上下班、公出途中發生事故而致傷害證明書」) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 災害發生地 |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 縣 (市) |

|        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |
|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|
| 申請給付項目 | 本人申請失能給付，決定選擇依下列 <input checked="" type="checkbox"/> 方式領取 (請詳閱背面說明二規定)：<br>※請擇一勾選，如有更改請於更改處簽章 (須與本申請書簽章相符)；經勞保局核付後，不得再變更。<br>※未勾選者，經審定未達失能給付標準附表「終身無工作能力」之項目，勞保局逕按一次金發給。<br>※經審定符合「終身無工作能力」之項目，或按月領取年金給付者，應自診斷永久失能之日退保。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請金額              |
|        | 1. <input checked="" type="checkbox"/> 一次領取失能給付<br>2. <input type="checkbox"/> 按月領取失能年金給付 (如經審定符合失能給付標準附表「終身無工作能力」之項目，或經個別化專業評估為終身無工作能力，欲領取年金給付者，可選擇此項。領取年金給付，如有符合加發規定之配偶或子女者，請一併檢附加發眷屬補助申請書。)                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 元<br>(如無法核算，可不填寫) |

.....請將申請人之存簿封面影本浮貼於背面.....

|   |  |                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|--|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 給付方式 (※請擇一勾選)   | ※一、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。<br>二、郵政存簿儲金局號及帳號 (均含檢號) 不足七位者，請在左邊補零。<br>三、所檢附金融機構或郵局之存簿封面影本應可清晰辨識，帳戶姓名須與勞保局加保資料相符，以免無法入帳。 |                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | 1. <input checked="" type="checkbox"/> 匯入申請人在金融機構之存簿帳戶： <u>彰化</u> 銀行 <u>新店</u> 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) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | 0  | 0                            | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 0 | 8 | 0 | 5 | 2 | 4 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| 2. <input type="checkbox"/> 匯入申請人在郵局之存簿帳戶 局號： <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> - <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 帳號： <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> - <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> |  |                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

以上各欄位均據實填寫且確定選擇上開勾選之申請給付項目，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。若有溢領之保險給付，亦同意 貴局可逕自本人得領取之保險給付中扣減。

被保險人 (或受益人) 簽章： 大樹林

|         |   |  |  |  |  |                          |                 |  |  |  |                       |   |  |  |  |  |  |
|---------|---|--|--|--|--|--------------------------|-----------------|--|--|--|-----------------------|---|--|--|--|--|--|
| 投保單位證明欄 | 上列各項經查明屬實，特此證明。(被保險人診斷永久失能時已退保者，本欄得免予蓋章)。 |  |  |  |  |                          |                 |  |  |  |                       |   |  |  |  |  |  |
|         | 勞工保險證號： <u>07654321</u>                   |  |  |  |  |                          |                 |  |  |  | 單位名稱： <u>旺來股份有限公司</u> |   |  |  |  |  |  |
|         | 負責人： <u>張明清</u>                           |  |  |  |  | 明                        | 經辦人： <u>李學甲</u> |  |  |  |                       | 學 |  |  |  |  |  |
|         | 電話： <u>(02) 88888888</u>                  |  |  |  |  | 地址： <u>新北市中和區中正路 5 號</u> |                 |  |  |  |                       |   |  |  |  |  |  |

旺來股份

有限公司

(單位印章)

※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 2250)。

※勞工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 <http://www.bli.gov.tw> 查詢。

※郵寄或送件地址：10013 臺北市中正區羅斯福路 1 段 4 號「勞動部勞工保險局」收。

103.10

請將「存簿封面影本」浮貼於下方(可覆蓋於說明之上)

## 請領失能給付說明

一、請領資格：被保險人遭遇傷害或罹患疾病，經治療後，症狀固定，再行治療仍不能期待其治療效果，經全民健康保險特約醫院診斷為永久失能，並符合失能給付標準規定者。

二、請領方式：

(一) 失能年金給付：

1. 被保險人如因傷病符合失能給付標準或為身心障礙者權益保障法所定之身心障礙，且經評估為終身無工作能力者（即符合下列規定之一者），得請領失能年金給付。
  - ①經審定失能狀態符合失能給付標準附表所定失能狀態列有「終身無工作能力」者。
  - ②經審定失能程度符合第1至6等級，並經個別化專業評估工作能力減損達70%以上，且無法返回職場者。
2. 請領失能年金給付者，同時有符合勞工保險條例第54條之2之配偶或子女時，得申請加發眷屬補助。

(二) 一次請領失能給付：

1. 失能狀態符合失能給付標準，但未達「終身無工作能力」之給付項目者，得一次請領失能給付。
2. 失能狀態符合「終身無工作能力」之給付項目者，如於98年1月1日前已有保險年資，得選擇一次請領失能給付。

※經審定失能狀態符合「終身無工作能力」之給付項目者，或請領「失能年金給付」者，應自診斷永久失能之日退保。

三、給付標準：

(一) 平均月投保薪資：

1. 失能年金給付：按被保險人加保期間最高60個月之月投保薪資平均計算；參加保險未滿5年者，按其實際投保年資之月投保薪資平均計算。
2. 一次請領失能給付及職業傷病失能補償一次金：按被保險人診斷實際永久失能日之當月起前六個月之實際月投保薪資計算。

(二) 失能年金給付：

1. 勞工保險失能年金給付依被保險人之保險年資合計每滿1年，按其平均月投保薪資之1.55%計算發給。
2. 前述計算後之給付金額不足新臺幣4,000元者，按新臺幣4,000元發給。
3. 被保險人具有國民年金保險年資者，已繳納保險費之年資每滿1年按其國民年金保險之月投保金額1.3%計算發給。
4. 被保險人合併勞工保險失能年金給付及國民年金保險身心障礙年金給付後，所得金額不足新臺幣4,000元者，按新臺幣4,000元發給。
5. 被保險人遭遇職業傷害或罹患職業病者，另按其平均月投保薪資，一次發給20個月職業傷病失能補償一次金。
6. 請領失能年金給付者，同時有符合勞工保險條例第54條之2之配偶或子女時，每1人加發依前述(二)
  1. 規定計算後金額25%之眷屬補助，最多加計50%。

(三) 失能一次金給付：

勞工保險失能一次金給付按被保險人之平均月投保薪資，依失能給付標準規定之給付等級日數計算發給。被保險人遭遇職業傷害或罹患職業病者，另按其平均月投保薪資，依規定之給付標準增給50%。

四、請領手續：

(一) 被保險人請領失能給付，應提具下列書據證件：

1. 勞工保險失能給付申請書及給付收據。
2. 勞工保險失能診斷書。(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，附檢查報告及相關影像圖片。

※請領失能年金給付且有符合規定之眷屬者，應一併填具勞工保險失能年金加發眷屬補助申請書及給付收據。

(二) 前項勞工保險失能診斷書由醫院開具後五日內逕寄勞保局，請將「勞工保險失能診斷書逕寄勞動部勞工保險局證明書」連同「勞工保險失能給付申請書及給付收據」及相關檢查報告等，交由投保單位辦理請領保險給付手續。被保險人診斷永久失能時已退保者，得自行申請。

五、請領期限：領取失能給付之請求權，自得請領之日起，因5年間不行使而消滅(101年12月21日修正施行)。

六、附註：

- (一) 被保險人欲以匯至國外金融機構帳戶方式領取失能給付(含年金)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(按月)自被保險人應領取之失能給付金額中扣除。
- (二) 領取年金給付者不符合給付條件或死亡時，本人或其法定繼承人應自事實發生之日起30日內，檢具相關文件資料通知勞保局，自事實發生之次月起停止發給年金給付。如未依前述規定通知勞保局致溢領年金給付者，勞保局應以書面命溢領人於30日內繳還，勞保局並得自匯發年金給付帳戶餘額中追回溢領之年金給付。