

勞工保險 失能給付 申請書及給付收據

受理編號	號	年	月	日	申請	(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 統一編號				
	通訊地址	郵遞區號： <input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>				電話：() 行動電話：				前述地址為：(請勾選) <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 現地址				
		縣	鄉鎮	村	路	段	巷	弄	號	樓				
		市	市區	里	街									

保險事故	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 type="checkbox"/> 4 普通疾病	傷病發生日期	年	月	日	診斷失能日期	年	月	日
	請詳述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」)						(傷病類別勾選職業傷害或職業病者方須填寫此欄位，如不敷填寫，請以另紙書寫。)						

申請給付項目	<p>一、本人申請勞工保險失能給付標準第 項第 等級失能給付，申請金額 元。 (如無法填寫或核算，可不必填寫)</p> <p>二、本人如經審查為終身無工作能力，決定選擇請領：(請擇一勾選)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 按月領取失能年金給付，並一併填送加發眷屬補助申請書(※無符合條件之眷屬者，免填送)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 一次領取失能給付(※98.1.1前未曾參加勞保者，不得勾選此項)</p> <p>※ 依照勞工保險條例第53條第4項規定，前開選項於選擇並經勞保局核付後，不得再變更。</p>
--------	---

.....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)	<p>※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、分支代號及帳號，請分別由左至右填寫完整，位數不足者，不須補零。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>1、<input type="checkbox"/> 匯入申請人在金融機構(B)存簿帳戶： _____ 銀行 _____ 分行</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 10%;">總代號</td> <td style="width: 15%;">分支代號</td> <td style="width: 5%;">帳號</td> <td style="width: 70%;">金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%; border: 1px dashed black;" type="text"/></td> </tr> </table> <p>2、<input type="checkbox"/> 匯入申請人在郵局(H)存簿帳戶：局號：<input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 150px;">帳號：<input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/></p>	總代號	分支代號	帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)	<input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border: 1px dashed black;" type="text"/>
總代號	分支代號	帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)						
<input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border: 1px dashed black;" type="text"/>						

以上各欄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 貴局可逕向健保局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除繳還。

被保險人(或受益人)印章：

投保單位證明欄	<p>上列各項經查明屬實，特此證明。</p> <p>勞工保險證號： _____ 單位名稱： _____</p> <p>負責人：<input style="width: 50px; border: 1px dashed black;" type="text"/> 經辦人：<input style="width: 50px; border: 1px dashed black;" type="text"/></p> <p>電話：() _____ 地址： _____</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 80px; margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center; padding-top: 5px;">(單位圖記)</div>
---------	---

※ 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，如有疑義請電洽本局(電話：02-23961266 轉分機 2250)。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。

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

70202-09-30005 (現 A-4) 97.10

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、請領要件

(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，得請領失能年金給付。
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. 被保險人如因傷病符合失能給付標準，但未達終身無工作能力者，得一次請領失能給付。
2. 符合前述(一)之 1 要件之勞保被保險人，於 98 年 1 月 1 日前有保險年資者，得選擇一次請領失能給付。

二、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)之 1 規定計算後金額 25% 之眷屬補助，最多 2 人加計 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%。

三、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. 勞工保險失能給付加發眷屬補助申請書及給付收據(限請領失能年金給付且有符合規定之眷屬者申請)。
4. 經醫學檢查者，附檢查報告及相關影像圖片。

(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「勞保失能診斷書逕寄勞工保險局證明書」連同「勞工保險失能給付申請書及給付收據」等交由投保單位辦理請領保險給付手續。

(三) 申請人存款帳戶因遭扣押，不欲將給付款項匯入帳戶者：

1. 申請時應檢附扣押證明或由投保單位出具證明，表明親自來勞保局領取給付款項。
2. 申請人收到勞保局寄發之「勞工保險局核定通知書(函)」後，親自攜帶該核定通知書(函)、本申請書所加蓋之原印章及國民身分證至台北市羅斯福路 1 段 4 號勞保局 1 樓土地銀行(上班時間上午 9 時 30 分至下午 3 時 30 分)洽領。

四、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。

