

農民職業災害保險職業傷害診斷書

(限職業傷害專用)

患者姓名	身分證號 (或居留證號)											
	出生日期		民國 年 月 日									
診斷名稱、傷害 部位及症狀			國際疾病 代碼									
因該傷害 初診日期	年 月 日		同一傷害 首次就診之 醫療院所		醫療院所名稱： 就診日期： 年 月 日							
醫療期間	住院診療	自 年 月 日起至		年 月 日止，共		天。						
	門診治療	自 年 月 日起至		年 月 日止，共		次。						
醫療經過(含急 診、門診、住院 檢查及手術情 形)	<input type="checkbox"/> 119 送醫 <input type="checkbox"/> 自行就診 <input type="checkbox"/> 家屬陪同就診 <input type="checkbox"/> 其他_____											
醫理評估何時可 恢復工作	評估可恢復工作日期：_____年_____月_____日											
<p>上列患者確經本醫師親自診斷治療無訛，特此證明。</p> <p>全民健康保險特約醫療院所名稱：_____</p> <p>代號：_____ 電話：_____</p> <p>開業執照：_____ 字第 _____ 號</p> <p>地址：_____</p> <p>院長(負責人)：_____ 印章：_____</p> <p>診斷醫師：_____ 印章：_____</p> <p>出具日期：_____年_____月_____日</p>												

(請蓋醫院印信或圖記)

(印章)

(印章)

※本診斷書係為請領農民職業災害保險傷病給付之職業傷害專用，如有登載不實，須負偽造文書責任。

- 註：一、本診斷書限於經領有執業執照之醫師出具，否則無效。填具本診斷書時如有更改，請醫師加蓋印章為證。
 二、本診斷書請根據病歷紀錄覈實填具，住院、門診治療期間及門診實際治療次數，切勿漏填。
 三、就診醫院、診所開具之乙種診斷證明書，如已載明住院、門診治療期間及門診實際治療次數，並蓋妥醫院及醫師印章，得代替本診斷書。

農民職業災害保險職業病診斷書

(限職業病專用)

患者姓名	身分證號(或居留證號)											
	出生日期		民國		年	月	日					
診斷病名	國際疾病代碼		職業病門診初診日期	年	月	日						
醫療期間	住院治療	自	年	月	日起至	年	月	日止，共	天。			
	門診治療	自	年	月	日起至	年	月	日止，共	次。			
資料來源	<input type="checkbox"/> 詳細問診資料 <input type="checkbox"/> 現場(訪視)照片或影片(請附後) <input type="checkbox"/> 其他_____		資料提供者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 其他_____								
(一) 職業暴露狀況	農作史：計算發病前暴露年數(下列各欄若空間不足，請續接右頁書寫) 農作場域及農作情形： 使用之化學藥品、機械設備：											
(二) 疾病診斷	過去病史： 身體檢查與臨床發現： 診斷工具(<input type="checkbox"/> 臨床檢查 <input type="checkbox"/> 實驗室檢查 <input type="checkbox"/> 影像檢查 <input type="checkbox"/> 神經傳導檢查 <input type="checkbox"/> 肺功能檢查 <input type="checkbox"/> 其他：_____)： 疾病確診日期：_____年_____月_____日											
(三) 評估過程	罹病時序性： 醫學文獻之佐證： 其他致病因之考量：											
(四) 評估結果 (請擇一勾選)	<input type="checkbox"/> 職業病(符合「農民職業災害保險職業傷病審查辦法」第9條第_____款規定)請參照右頁： 參、職業病種類 <input type="checkbox"/> 罹患疾病與從事農作有相當因果關係，視為職業病(同辦法第9條之1規定)請參考右頁參之二 <input type="checkbox"/> 非職業病 醫理評估何時可恢復工作：_____年_____月_____日											
上列患者確經本醫師親自診斷治療無訛，特此證明。 全民健康保險特約醫療院所名稱：_____												
代號：_____電話：_____												
開業執照：_____字第_____號												
地址：_____												
院長(負責人)：_____印章：												
診斷醫師：_____印章：												
出具日期：_____年_____月_____日												
<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> (請蓋醫院印信或圖記) </div>												

※本診斷書係為請領農民職業災害保險職業病專用，如有登載不實，須負偽造文書責任。

(續) (一)職業暴露狀況 (二)疾病診斷 (三)評估過程

壹、請領傷病給付說明

給付條件	給付標準及計算方式	應備書件
1、因職業傷病經住院或門診治療 2、不能從事工作 3、喪失或減少收入	1、自就醫不能工作之「第4日」起，發給傷病給付及就醫津貼。 2、傷病給付最多以發給2年為限，給付標準如下： <u>*112年2月9日以前發生保險事故者：</u> A. 「一般傷病給付」：(月投保金額 10,200 元) ①第1年：10,200 元÷30 日×70%=每日 238 元。 ②第2年：10,200 元÷30 日×50%=每日 170 元。 B. 「增給傷病給付」：(月投保金額 10,200 元) ①第1年：10,200 元×2 倍÷30 日×70%=每日 476 元。 ②第2年：10,200 元×2 倍÷30 日×50%=每日 340 元。 備註：適用「一般」或「增給」傷病給付，依被保險人「發生保險事故時」是否加收「增給傷病給付」保費為準。 <u>*112年2月10日以後發生保險事故者：</u> C. 「傷病給付」：(月投保金額 20,400 元) ①第1年：20,400 元÷30 日×70%=每日 476 元。 ②第2年：20,400 元÷30 日×50%=每日 340 元。 3、就醫津貼：門診每日 50 元，住院診療每日 900 元；按「傷病給付」核給日數一併核給就醫津貼，無須另外提出申請。 4、給付金額=傷病給付+就醫津貼。	1、農民職業災害保險傷病給付申請書及給付收據。 2、農民職業災害保險職業傷病診斷書。 (1)職業傷害：「職業傷害診斷書」。 (2)職業病(請參考參、職業病種類)： ①符合第9條規定：「職業病診斷書」。 ②符合第9條之1規定：經中央主管機關公告認可醫療機構之職業醫學科專科醫師診斷出具「職業病診斷書」及「職業病評估報告書」。 3、相關證明文件： (1)農(職)保資格證明文件： ①現住人口詳細記事之戶口名簿影本(如使用不同戶之親屬土地加保，請另行檢附土地所有權人現住人口詳細記事之戶口名簿影本)。 ②加保農地之土地資料或承租契約等相關證明文件。 (2)如為從農途中發生交通事故者，請另填具「農民職業災害保險被保險人從事農業工作途中發生事故而致傷害證明書」(本局印製表格)一併送局。

貳、應行注意事項

- 傷病給付係保障被保險人因職業傷病醫療期間「不能從事工作」，以致收入短少者始得請領，故被保險人在傷病期間雖有治療但仍能繼續從事工作者，不得請領。又傷勢轉輕已能從事工作，僅能申請至從事工作之前1日止。
- 請領傷病給付需有實際就醫治療，未經就醫治療或已終止治療者不在給付範圍。
- 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。
- 傷病給付申請書及相關證明文件應覈實填寫，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；涉及刑責者，移送司法機關辦理。

參、職業病種類

- 「農民職業災害保險職業傷病審查辦法」第9條規定：「被保險人因實際從事農業工作罹患下列各款所列之疾病者，為職業病：1、農藥中毒。2、中暑、熱痙攣或熱衰竭。3、低溫作業或低溫物品引起之凍傷、失溫等疾病。4、黴菌性角膜疾病、新型A型流感、鉤端螺旋體病、恙蟲病、漢他病毒症候群、Q熱、豬型丹毒、炭疽、類鼻疽等疾病。5、長期壓迫引起的關節滑囊病變。6、其他經中央主管機關公告之疾病。」
- 同辦法第9條之1規定：「被保險人罹患、促發或惡化前條各款以外之疾病，經中央主管機關公告認可醫療機構之職業醫學科專科醫師診斷該疾病與實際從事農業工作有相當因果關係者，視為職業病。」