

全國職業傷病診治網絡醫院及職業傷病通報者補助實施要點修正規定

- 一、勞動部(以下簡稱本部)為辦理職業傷病診治醫療機構認可管理補助及職業傷病通報辦法(以下簡稱本辦法)第三十二條所定網絡醫院及職業傷病通報者之補助作業，特訂定本要點。
- 二、本要點之執行機關為本部職業安全衛生署(以下簡稱職安署)。
- 三、本要點用詞，定義如下：
 - (一)網絡醫院：指本辦法第二條第二款所定之醫療機構。
 - (二)職業傷病通報者：指服務於網絡醫院以外，領有開業執照之醫療機構，提供職業傷病通報之執業醫師，並經本部核定者。
 - (三)職業傷病通報：指將職業病、疑似職業病或職業傷害個案資料，登錄於本部職業災害勞工服務資訊整合管理系統(以下簡稱通報系統)之行為。
 - (四)疑似職業病：指疾病診斷符合本辦法第二條第三款所定者。
 - (五)職業傷害：指勞工職業災害保險職業傷病審查準則(以下簡稱審查準則)所定職業傷害或視為職業傷害。
- 四、前點第三款所定職業傷病通報，應經職業醫學科專科醫師或職業傷病通報者提供職業傷病診治服務，並有服務紀錄；其職業病應符合本辦法第二十八條第三項所定各款情形之一。
- 五、有通報職業傷病意願之醫療機構及醫師，應申請登錄為網絡醫院或職業傷病通報者，其申請資格如下：
 - (一)網絡醫院：領有開業執照，且由具有職業醫學科專科醫師資格執業醫師，開設職業傷病門診之醫療機構。
 - (二)職業傷病通報者：服務於網絡醫院以外，領有開業執照之醫療機構且具執業執照之醫師。
- 六、符合前點第一款所定資格之醫療機構，應備具下列書件，向職安署提出：
 - (一)申請書(格式如附件一)。
 - (二)醫療機構開業執照影本。

(三)開設職業傷病門診時間表。

(四)門診醫師之執業執照及職業醫學科專科醫師證書影本。

(五)加入所屬服務區域內認可醫療機構之協議書(格式如附件二)。

但服務區域內無認可醫療機構者，得跨區與最近之認可醫療機構取得協議。

前項第五款所定服務區域，依中央衛生福利主管機關辦理醫療區域輔導與醫療資源整合計畫之六大醫療照護區域設定之。

網絡醫院位於澎湖縣、金門縣、連江縣及其他離島地區者(以下簡稱離島網絡醫院)不受第一項第五款服務區域之限制。

符合前點第二款所定資格之醫師，應備具第一項第一款申請書及醫師執業執照影本，向職安署提出申請。

七、認可醫療機構應協助其輔導之網絡醫院，於中華民國一百十二年一月三十一日前，依前點第一項及第二項規定，向職安署提出申請。

前點申請案件，職安署得請財團法人職業災害預防及重建中心(以下簡稱職災預防及重建中心)辦理初審作業，職災預防及重建中心應於七日內完成初審，將符合資格者，連同申請文件送交職安署複審，並經本部核定後，登錄為網絡醫院或職業傷病通報者。

網絡醫院或職業傷病通報者經登錄後，得隨時以書面方式向本部申請退出，並繳回第九點第三款及第四款規定之標誌掛牌及網絡醫院專用章。

本要點中華民國一百十一年九月二十三日修正生效前已完成登錄之網絡醫院，於一百十二年一月三十一日前，應依本要點規定重新申請登錄；逾期未重新申請登錄者，本部應廢止其登錄，並通知其繳回標誌掛牌及網絡醫院專用章。

八、網絡醫院及職業傷病通報者，應依本辦法第三十九條第二項公告之職業傷病通報內容及格式，辦理職業傷病通報。

網絡醫院或職業傷病通報者辦理職業傷病通報，應自個案確認為職業傷病後，於二十個工作日內通報至通報系統。

職安署就前項通報內容，應請職災預防及重建中心進行品質審查。通報內容有不全者，職災預防及重建中心應於通報系統退請網

絡醫院或職業傷病通報者於六十日內補正；逾期未補正，或經補正仍未通過審查，不得依第十點第二款至第六款規定申請補助。

九、網絡醫院應配合辦理之事項如下：

- (一)參加所屬服務區域內認可醫療機構或職災預防及重建中心舉辦之個案研討活動
- (二)開設職業傷病門診，應有使勞工可清楚辨識職業傷病門診時間之標示、將門診資訊登載於該網絡醫院之門診時間表單或網頁，及使醫療機構內掛號或服務臺相關人員清楚瞭解該職業傷病門診的服務，以協助職業傷病勞工看診。
- (三)應於醫療機構門口適當處所掛置職安署提供之「勞動部職業安全衛生署職業傷病診治網絡醫院」字樣標誌掛牌。
- (四)提供服務之相關文件及報告書，應使用職安署統一製作之網絡醫院專用章。
- (五)網絡醫院之職業傷病門診醫師異動，應檢具異動申請表(格式如附件三)、醫師執業執照及職業醫學科專科醫師訓練合格證明影本，送職安署備查。

十、網絡醫院及職業傷病通報者之補助項目如下：

- (一)網絡醫院開設職業傷病門診，每診次補助新臺幣(以下同)一千五百元，每週最多補助二診次。但離島網絡醫院，開設職業傷病門診，每診次補助三萬五千元，每二週最多補助一診次。
- (二)網絡醫院醫師或職業傷病通報者診治之個案，經診斷為疑似職業病，於通報至通報系統，並將疑似職業病診斷報告及轉介單(格式如附件四)傳送至認可醫療機構後，屬附表一所列疑似職業病類型者，依該表補助網絡醫院醫師或職業傷病通報者通報及轉介費用。
- (三)前款通報及轉介之疑似職業病個案，由認可醫療機構提供後續診治服務，並經職災預防及重建中心品質審查確認為職業病者，其每一職業病個案通報之補助基準如下：
 - 1.屬附表一疑似職業病類型：依附表二所定基準，補助網絡醫院醫師或職業傷病通報者，按附表二所列費用扣除依前款已領費

用之差額。

2. 屬附表二其他職業病類型：補助附表二該項目所列金額之二分之一。

(四) 網絡醫院醫師或職業傷病通報者診治之個案診斷為職業病或職業傷害，並通報至通報系統，經職災預防及重建中心品質審查確認為職業傷病者，每完成一個通報個案，依附表二所列之職業傷病類型，補助網絡醫院醫師或職業傷病通報者通報費用。

(五) 網絡醫院醫師或職業傷病通報者完成疑似職業病個案診斷並通報至通報系統，經職災預防及重建中心品質審查通過，並檢附疑似職業病現場訪視報告書(格式如附件五)者，依附表二補助撰寫報告書之醫師，同一醫師一日以補助一份報告書為限。但疑似職業性聽力損失及職業性皮膚炎疾病不予補助。

(六) 網絡醫院醫師或職業傷病通報者完成職業病個案診斷並通報至通報系統，經職災預防及重建中心品質審查確認為職業病，並檢附職業病評估報告書(格式如附件六)者，依附表二補助撰寫報告書之醫師。但報告書開立日，應自個案確認為職業傷病後，二十個工作日內完成。

十一、本要點中華民國一百一十一年九月二十三日修正生效前已完成登錄之網絡醫院，於一百一十二年一月三十一日前，未依本要點規定重新申請登錄者，其於一百一十一年十一月一日至一百一十二年一月三十一日期間，所開設之職業傷病門診及職業傷病通報相關補助，應於一百一十二年三月三十一日前提出申請。

經依本要點規定，登錄為網絡醫院及職業傷病通報者，補助期間自申請補助前一年度十一月一日至當年度十月三十一日止。但當年度新加入者，補助時間自職安署登錄日起算。

十二、網絡醫院應檢附職業傷病門診補助統計表(格式如附件七)或職業傷病通報補助表(格式如附件八)、補助收據正本(格式如附件九及附件十)及相關證明文件，於每年六月一日及十一月一日前送認可醫療機構。

認可醫療機構於每年六月五日及十一月五日前，彙整前項資料，製作區域內網絡醫院之補助費彙總表(格式如附件十一)，送職災預防及重建中心。

職災預防及重建中心應於收到前項資料後，十個工作日內完成審視補助案件之品質審查通過情形，連同前項區域內網絡醫院之補助費彙總表，及分析各網絡醫院前三年門診及通報補助量，送職安署，經本部核定後，辦理撥款作業。

職業傷病通報者補助程序依第一項及前項規定辦理。但其職業傷病通報補助表(附件八)及補助收據正本(附件十)，毋須送認可醫療機構，逕送職災預防及重建中心。

十三、網絡醫院及職業傷病通報者之督導考核如下：

- (一)認可醫療機構對於所轄網絡醫院，應負輔導及協助之責。
- (二)職安署得不定期會同認可醫療機構實地查核網絡醫院職業傷病門診開診情形，網絡醫院應予配合。
- (三)網絡醫院經查證連續一年未提供職業傷病門診服務或未完成任何通過品質審查之職業傷病通報，得廢止其資格。
- (四)網絡醫院職業傷病通報量不佳者，職安署得要求提出說明，未提出說明或其說明無正當理由者，得列為一年內不予補助之對象。
- (五)職業傷病通報者自登錄起逾六個月未完成任何通過品質審查之職業傷病通報，得廢止其資格。

十四、有下列情形之一者，不予補助；已補助者，得撤銷或廢止原補助，並以書面行政處分令其限期返還所領取之補助：

- (一)申請文件及提出佐證資料內容虛偽不實。
- (二)申請補助資格條件或期間不符。
- (三)職業醫學科專科醫師未親自門診、未辦理職業病、疑似職業病及職業傷害個案通報或通報不實。
- (四)其他未依本要點規定辦理。

十五、有前點情形之一者，本部得依情節輕重，列為三年內不予補助對象；其相關人員涉及刑責者，移送司法機關辦理。

附表一 疑似職業病通報及轉介補助費用基準表

疑似職業病類型	費用(新臺幣)	
	網絡醫院或職業傷病通報者	離島網絡醫院
疑似職業性癌症	250 元	500 元
疑似職業暴露石棉引起之疾病(非癌症類型)	250 元	500 元
疑似塵肺症	250 元	500 元

附表二 職業傷病通報補助費用基準表

補助項目	費用(新臺幣)	
	網絡醫院或職業傷病通報者	離島網絡醫院
職業病類型		
職業性癌症	1,500 元	3,000 元
職業暴露石棉引起之疾病 (非癌症類型)	1,000 元	2,000 元
塵肺症	1,000 元	2,000 元
其他職業病	500 元	1,000 元
職業性聽力損失	250 元	500 元
職業傷害	100 元	200 元
報告書類		
疑似職業疾病現場訪視報告書	2,500 元	12,000 元
職業疾病評估報告書	2,500 元	5,000 元

附件二

○○○認可醫療機構與（網絡醫院名稱） 合作協議書

○○○認可醫療機構（以下簡稱甲方）為輔導（網絡醫院名稱）（以下簡稱乙方）辦理職業傷病診治服務及通報，提供勞工更便利之職業傷病診治服務，爰共同簽訂本合作協議書，雙方同意如下：

- 第一條 雙方以平等互惠發展互助互利關係為合作宗旨。
- 第二條 為促進職業傷病通報合作，雙方致力推動下列各項交流事項：
一、職業傷病開設門診、通報及轉介服務。
二、職業傷病研討交流、互訪。
三、人才培育合作。
四、其他經雙方同意事項。
- 第三條 在實施前條各項交流事項時，除政府法令另有規定者應從其規定外，得依據雙方合意之運作方式辦理。
- 第四條 為實施本協議，雙方得以附約方式，就有關細節訂定細部規定。
- 第五條 本協議書經雙方代表簽署後即行生效，期限為三年，期限屆至前一個月，得依雙方合意簽訂續約。
- 第六條 除雙方另有約定外，甲乙任一方得隨時於一個月前通知他方後，提前終止本協議。
- 第七條 本協議書壹式兩份，具同等效力，雙方各執一份為憑。

立協議書人：

○○○認可醫療機構(甲方) (醫院簽章)

職業傷病診治整合服務中心主持醫師簽名：

網絡醫院（乙方） (醫院簽章)

附件三

全國職業傷病診治網絡醫院異動申請書

<p>一、醫療機構名稱（或通報者醫師姓名）：_____</p> <p>申請異動情形 <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 刪除</p> <p><input type="checkbox"/> 職業傷病診治門診時間(三個月以上門診時間異動申請)</p> <p><input type="checkbox"/> 職業傷病診治通報醫師資料</p>																																							
<p>二、參加區域：_____ 認可醫療機構</p>																																							
<p>三、申請加入日期：中華民國_____年_____月_____日</p>																																							
<p>四、醫療機構醫師姓名：_____；簽名：_____</p> <p>證明文件：<input type="checkbox"/> 具職業醫學科專科醫師證明影本</p> <p>服務單位（科別）：_____；職稱：_____；</p> <p>生日：_____；身分證字號：_____；</p> <p>聯絡電話：_____</p> <p>傳真：_____；E-mail: _____（以上資料僅作為通報系統帳號申請使用）</p>																																							
<p>五、每週開設職業傷病門診時間(請打勾)：</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>時段</th> <th>星期一</th> <th>星期二</th> <th>星期三</th> <th>星期四</th> <th>星期五</th> <th>星期六</th> <th>星期日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上午</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>證明文件：本門診時間列於醫院門診時間表或公告於醫院網頁之證明文件影本。若門診為其他診治科別所提供之服務，亦應有可同時提供勞工職業傷病門診之說明文字，例如：家庭醫學科（同時提供職業傷病門診）。</p>								時段	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日	上午								下午								夜間							
時段	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日																																
上午																																							
下午																																							
夜間																																							
<p>八、認可醫療機構：○○醫院</p> <p>職業傷病診治整合服務中心主持醫師簽名：_____</p> <p>中華民國_____年_____月_____日</p>																																							
<p>九、財團法人職業災害預防及重建中心</p> <p>承辦單位：_____ 職醫副執行長：_____ 執行長：_____</p> <p>中華民國_____年_____月_____日</p>																																							
<p>十、備查日期：中華民國_____年_____月_____日</p> <p>※登錄日期為勞動部核定備查之發文日期。</p>																																							

附件四

網絡醫院或職業傷病通報者之疑似職業病診斷報告及轉介單

姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 日	
電 話		地 址			
疾病類型 (疾病名稱)	<input type="checkbox"/> 疑似職業性癌症：_____ <input type="checkbox"/> 疑似職業暴露石棉引起之疾病（非癌症類型）：_____ <input type="checkbox"/> 疑似塵肺症 <input type="checkbox"/> 疑似其他職業病：_____				
職業 暴露狀況	1. 與本次疾病可能相關之工作： 2. 可能之暴露危害因子： 3. 可能之暴露劑量與暴露期間：				
個案轉介 意願	個案是否有意願至認可醫療機構接受更詳細之診斷評估： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 並同意將個人資料提供該認可醫療機構，所有資料將依個人資料保護法規定，僅作為職業傷病診斷及相關服務使用： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 經醫師解釋，已瞭解轉介原因及目的，請於下方簽名 個案簽名：				
同意轉介 日期	中華民國_____年_____月_____日				
疑似職業病 通報日期	<input type="checkbox"/> 完成 本案通報系統編號： <input type="checkbox"/> 未完成 中華民國_____年_____月_____日				
轉介醫師與 網絡醫院	(醫師簽名或蓋章)		(網絡醫院方章) (職業傷病通報者免填)		
認可醫療機 構診治結果	<input type="checkbox"/> 職業病並已完成通報 本案通報系統編號：_____ <input type="checkbox"/> 非職業病 註：本欄位由認可醫療機構填寫				
轉入認可醫 療機構	_____ (認可醫療機構方章)				

註：認可醫療機構需將本文件妥善保存，作為網絡醫院醫師或職業傷病通報者申請費用之審查依據。

附件五

疑似職業病現場訪視報告

<p>一、摘要</p> <p>(一) 訪視日期：中華民國_____年_____月_____日</p> <p>(二) 訪視地點：</p> <p>(三) 參與訪視人員：</p>	
<p>二、案件描述與背景介紹</p> <p>(一) 疑似職業病名稱</p> <p>(二) 職業暴露資料</p>	
<p>三、調查評估</p> <p>(一) 調查目的(尚缺乏之證據)</p> <p><input type="checkbox"/> 調查作業環境危害因子</p> <p><input type="checkbox"/> 瞭解實際工作流程</p> <p><input type="checkbox"/> 蒐集作業環境暴露證據</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>(二) 職業暴露調查評估</p> <p>(三) 職業醫學調查評估</p>	
<p>四、調查結果與討論</p> <p>(一) 罹病之證據</p> <p>(二) 暴露之證據</p> <p>(三) 時序性</p> <p>(四) 流行病學資料</p> <p>(五) 合理排除其他可能致病原因</p>	
<p>五、結論與建議</p> <p>六、參考文獻</p>	
<p>網絡醫院專用章 (職業傷病通報者免填)</p>	<p>以上現場訪視經本院職業醫學科專科醫師評估內容屬實並審核報告撰寫完整。且本報告之現場訪視醫師，非屬該受訪視之事業單位，雇主依勞工健康保護規則所僱用或特約從事勞工健康服務醫師，辦理臨場健康服務者。</p> <p>醫事服務機構名稱：</p> <p>醫事服務機構代號：</p> <p>主治醫師簽章：</p>

	<p>專科醫師證照號碼：() 職醫字第 號。</p> <p>填具日期：中華民國 年 月 日</p>
<p>認可醫療機構專用章</p>	<p>◆本案通報系統編號：</p> <p>_____</p> <p>本案經檢視職業傷病通報品質審查確屬：</p> <p><input type="checkbox"/>屬「勞工職業災害保險職業病種類表」之 類，第 項所列之疾病。</p> <p><input type="checkbox"/>屬工作相關之腦血管與心臟疾病。</p> <p><input type="checkbox"/>屬工作相關之精神疾病。</p> <p><input type="checkbox"/>非屬「勞工職業災害保險職業病種類表」所 列之疾病，經診斷職業造成此疾病之可能 性或貢獻程度大於百分之五十，且有醫學 文獻佐證。(請詳列相關文獻及出處)。</p> <p>得申請訪視報告補助。</p>
<p>財團法人職業災害預防及重建中心受理本申請案，審核通過後特予核 章。</p>	

附件六

職業病評估報告書

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證號碼		出生日期	民國 年 月 日
診斷病名		病歷號碼	
地 址		連絡電話	
提供資料者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 其他：	病人是否已往生	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<p>本院之檢查診療情形：</p> <p>門診自 年 月 日至 年 月 日，共 次。</p> <p>住院自 年 月 日至 年 月 日，共 次，共 天。</p>			
<p>綜合該患者之臨床表現，職業暴露史及檢查數據，該患者職業病之評估結果：</p> <p><input type="checkbox"/>屬「勞工職業災害保險職業病種類表」之 類，第 項所列之疾病。</p> <p><input type="checkbox"/>屬工作相關之腦血管與心臟疾病。</p> <p><input type="checkbox"/>屬工作相關之精神疾病。</p> <p><input type="checkbox"/>非屬「勞工職業災害保險職業病種類表」所列之疾病，經診斷職業造成此疾病之可能性或貢獻程度大於百分之五十，且有醫學文獻佐證。(請詳列相關文獻及出處)</p> <p>(請於背面敘明相關調查評估)</p>			
<p>網絡醫院專用章 (職業傷病通報者免填)</p>		<p>以上病人經本院職業醫學科專科醫師評估屬實 特予此報告。</p> <p>醫事服務機構名稱：</p> <p>醫事服務機構代號：</p> <p>主治醫師簽章：</p> <p>專科醫師證照號碼：() 職醫字第 號。</p> <p>填具日期：中華民國 年 月 日</p>	

一、疾病診斷(係指診斷職業病的先決條件，必須要有疾病的發生。)

- (一)過去病史：
- (二)理學檢查與臨床發現：
- (三)實驗室檢查：
- (四)評估日期:(請註明個案至職業病門診初診日期及職業病確診日期)

二、職業暴露狀況(若空間不足請另附)

(係指職業暴露物質與疾病發生的相關性；即在工作中，是否確實存在某種化學性、物理性、生物性、人因性的危害暴露或重大工作壓力事件，以及該項暴露有足夠強度及累積時間。暴露資料的調查與蒐集，是確立職業病診斷極為重要的一環，通常以工作現場的訪視評估與現場作業環境測定等方式進行。)

- (一)資料來源：詳細問診資料 提供現場照片或影片 其他
- (二)職業別：
- (三)工作史：
- (四)工作場所評估：

三、評估過程

- (一)罹病之證據：
- (二)暴露之證據：
- (三)時序性：
- (四)醫學文獻之佐證：
- (五)其他致病因素之考量：
- (六)綜合評估：

四、參考文獻

◎本評估報告，僅提供職業災害保險職業病給付申請之用，實際認定之結果依勞工保險局之審定結果為依據。

附件七

_____醫院_____年第_____次職業傷病門診補助統計表

所屬認可醫療機構醫院名稱：

一、開設門診醫師姓名：

二、申請門診補助期間：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

三、開設職業傷病門診時間：

四、申請門診補助總診次：_____診次

月份	看診日期	診次	申請費用	備註
總	計			

- 註：1. 請網絡醫院依第九點第四款規定於右上角蓋印。
2. 「申請補助之看診日期」欄位，請依第八點規定每週最多補助兩診，配合填列貴單位規劃申請補助之實際開診日。
3. 颱風假及連續假期照常開診或配合休診，與每月門診表訂開診時間因故休診等，均須於「備註欄」確實說明。
4. 如有約診或於國定假日開設門診，均須檢附開診證明。

附件八

_____醫院_____年第_____次職業傷病通報補助表

所屬認可醫療機構醫院名稱：

編號	傷病診斷類別	疑似職業病或職業病/職業傷害 ICD 分類	系統編號	網絡醫院名稱	通報醫師	個案姓名	身分證字號	品質審查通過日期

註：1. 請網絡醫院依第九點第四款規定於右上角蓋印。

2. 個案姓名及身分證字號等個人資料請予以適當遮隱(如王○明，A12345****)，以避免個案資料外洩。

附件九

門 診 補 助 收 據

茲領到勞動部職業安全衛生署下列款項：

事由	_____年度補助職業傷病診治網絡醫院及職業傷病通報者補助款	
補助類型	<input type="checkbox"/> 職業傷病門診（共__診次） <input type="checkbox"/> 離島地區職業傷病門診（共__診次）	
領款單位		
金額	大寫	新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整
	小寫	
撥款 帳戶	銀行	_____銀行_____分行
	戶名	
	帳號	
領款 單位 基本 資料	統一編號	
	聯絡電話	
	郵寄地址 (寄送扣繳 憑單用)	□□□-□□

以上如有虛報或浮報等情事，願負一切法律責任，除應追繳該部分補助經費外，如有涉及刑事責任者，依法移送偵辦

領款單位： (蓋印)

負責人： (蓋印)

中華民國 年 月 日

註：請務必正確填寫以上資料，並字體工整，以維權益。

附件十

通 報 補 助 收 據

茲領到勞動部職業安全衛生署下列款項：

事由	____年度補助職業傷病診治網絡醫院及職業傷病通報者補助款		
補助類型	<input type="checkbox"/> 職業病通報(共____例)，分別為： 職業性癌症____例、職業暴露石棉引起之疾病(非癌症)與塵肺症____例、職業性聽力損失____例、其他職業病____例 <input type="checkbox"/> 職業傷害通報(共____例) <input type="checkbox"/> 附表一所列之疑似職業病通報及轉介(共____例) <input type="checkbox"/> 疑似職業病通報及轉介後確認職業病者(共____例)，分別為： 職業性癌症、職業暴露石棉引起之疾病(非癌症)與塵肺症____例、其他職業病者____例 <input type="checkbox"/> 疑似職業病現場訪視報告(共____份) <input type="checkbox"/> 職業病評估報告書(共____份)		
領款人(姓名)			
金額	大寫	新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整	
	小寫		
撥款帳戶	銀行	_____銀行_____分行	
	戶名		
	帳號		
領款人基本資料	身分證字號		
	聯絡電話		
	郵寄地址 (寄送扣繳憑單用)	□□□-□□	

以上如有虛報或浮報等情事，願負一切法律責任，除應追繳該部分補助經費外，如有涉及刑事責任者，依法移送偵辦

領款人：

(簽章)

中華民國 年 月 日

註：請務必正確填寫以上資料，並字體工整，以維權益。

附件十一

年職業傷病診治網絡醫院補助費彙總表-門診補助

中心	編號	網絡醫院	醫師姓名	門診時間	補助 起算日期	門診			門診補助匯款 帳戶資料	統一編號及地 址
						補助診次	單價	補助金額		
○○○ 職業傷 病診治 專責醫 院	1								銀行分行： 帳號： 戶名：	統編： 地址：
	2								銀行分行： 帳號： 戶名：	統編： 地址：
	3								銀行分行： 帳號： 戶名：	統編： 地址：

醫院/ 職災預防及 重建中心																																					戶名:
	3																																				銀行及分行: 帳號: 戶名:

註1：本表應與檢附之佐證資料相符，並對提出資料內容之真實性負責。

註2：若為職業傷病通報者之補助申請，則由職災預防及重建中心彙報。

<p>認可醫療機構：○○醫院</p> <p>承辦人：</p> <p style="text-align: center;">(認可醫療機構方章) (職業傷病通報者免填)</p> <p>中華民國____年____月____日(送件日)</p>	<p>財團法人職業災害預防及重建中心</p> <p>承辦人：</p> <p style="text-align: center;">(財團法人職業災害預防及重建中心用印)</p> <p>中華民國____年____月____日(送件日)</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------