

勞保各項給付及團險申請手續所需文件

壹、勞保各項給付申請**統一文件**：存摺影本、印章（便章）。

另附文件如下：

一、生育給付：嬰兒出生證明**正本**。（已辦理出生登記者免附）

二、傷病給付：本保險給付屬於**薪資補償**性質。

- 普通：傷病診斷書**正本**。（需**住院第四天**起給付投保薪資的50%）
- 職災：傷病診斷書**正本**。（自不能工作第**四天**起給付投保薪資的70%，公司給付30%。）
（第二年起勞保局給付為投保薪資的50%）

如為**交通事故**，另需準備：

- 上下班（公出）途中事故證明書。如附件一
- 駕照正、反面影本。
- 如經警察機關處理者，一併檢送紀錄。

三、死亡給付：

- 家屬（配偶、父母、子女）：死亡證明書**正本**、載有家屬死亡日期之戶籍謄本。

四、失能給付：勞工保險失能診斷書。

五、老年給付：需**退保**（勞、健、勞退）。

※勞保領取給付之請求權，因**5年**間不行使而消滅。

貳、團體保險：（需**意外且執行職務期間**）、（屬於**醫療費用補償**性質，實支實付上限為三萬元）。

- 存摺影本。
- 印章（便章）。
- 身分證正、反面影本。
- 診斷書（正本，不同醫院請分別開立）。
- 醫療費用收據（正本，或加蓋與正本相符及醫療機構收據專用章之醫療費用影本）。

※團體保險領取給付之請求權，因**2年**間不行使而消滅。

參、公司內部：

申請勞保職災傷病給付，需填寫職業災害事故分析調查報告表（如附件二），公司需填報勞檢所職災網路系統。

※職災申請**勞保**及**團險**均應詳述發生時間、地點、經過及與**執行職務**之因果關係。（申請文件內容規定）

勞工保險被保險人 ^{上下班} 途中發生事故而致傷害證明書

		受理號碼	
(一)被保險人姓名		(二)發生事故當日被保險人應工作起訖時間	自 時 分 起 至 時 分 止
(三)被保險人所用交通工具	<input type="checkbox"/> 普通重型機車 <input type="checkbox"/> 輕型機車 <input type="checkbox"/> 自小客 <input type="checkbox"/> 腳踏車 <input type="checkbox"/> 其他 () (勾其他者，請填明交通工具別)		
(四)被保險人上、下班或公出單趟路程所需時間	需 小時 分鐘	(五)發生保險事故時間	年 月 日 時 分
(六)發生保險事故時，有無右列情事，請確實於各 <input type="checkbox"/> 內勾劃證明，切勿空白 (領有駕駛車種之執照駕車者，請附駕駛人駕照正、背面影本)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	領有駕駛車種之執照駕車	駕駛人駕照正、背面影本浮貼處
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	受吊扣期間或吊銷駕駛執照處分駕車	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	經有燈光號誌管制之交岔路口違規闖紅燈	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	闖越鐵路平交道	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	酒精濃度超過規定標準駕車	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	吸食毒品、迷幻藥或管制藥品駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	違規行駛高速公路路肩	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	不按遵行之方向行駛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	在道路上競駛、競技、蛇行或以其他危險方式駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	不依規定駛入來車道	
(七)是否日常上、下班或公出時間應經途中發生事故	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 非	日常上下班 公 出 時間應經途中發生事故	日常上下班 公 出 時間應經途中發生事故
(八)有無因處理私事而中斷或脫離應經之途徑	<input type="checkbox"/> 有處理私事而中斷或脫離應經之途徑 (請於背面說明) <input type="checkbox"/> 無處理私事而中斷或脫離應經之途徑		
(九)經警察等有關機關處理者，請填明機關全銜 (如有相關證明請一併檢附)：			
(十)屬上下班途中發生事故者，請於本證明書背面繪明包括日常居住處所、就業場所、上下班應經途徑及事故地點之簡圖。			
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	見證人 姓名：	關係：	地址： 電話：
以上各項均由本人依照事實填具，如有不實，願負民事、刑事責任，並歸還溢領之勞保給付，特此具結。			
此致 勞動部勞工保險局		被保險人(或受益人)簽章： <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
中華民國 年 月 日			
投保單位印章： <input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>	負責人印章： <input style="width: 50%; height: 30px;" type="text"/>	經辦人印章： <input style="width: 50%; height: 30px;" type="text"/>	

簡圖：（屬上下班途中發生事故者，請務必繪明包括 1、日常居住處所。2、就業場所。3、上下班應經途徑及 4、事故地點。）

處理私事原因經過詳情，請說明：

職業災害事故分析調查報告表

大業開發工業股份有限公司

年 月 日

罹 災 者	姓名				災 害 原 因								
	身分證					因為從事 _____ 作業，致發生：							
	出生日	年	月	日		滿	歲	<input type="checkbox"/> 墜落滾落 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 衝撞					
	住 址					<input type="checkbox"/> 物體飛落 <input type="checkbox"/> 物體倒塌							
	單 位	部				所(課)				<input type="checkbox"/> 被夾被捲 <input type="checkbox"/> 被撞 <input type="checkbox"/> 中毒			
	職 稱					<input type="checkbox"/> 被切割擦傷 <input type="checkbox"/> 感電 <input type="checkbox"/> 火災							
	僱用日期	年	月	日		<input type="checkbox"/> 爆炸 <input type="checkbox"/> 交通事故							
發生日期	年	月	日	時	分	<input type="checkbox"/> 其他：_____							
發生地點				間 接 原 因									
傷 害 種 類 (請打√)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 殘廢(永久失能)												
	<input type="checkbox"/> 受傷送醫或休養(暫時失能)												
	<input type="checkbox"/> 輕傷害處理後未失能												
受 傷 部 位				基 本 原 因 (可 複 選)									
	醫師診斷書 <input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附				<input type="checkbox"/> 未實施安全衛生教育訓練								
失能損失日數	日				<input type="checkbox"/> 未實施機械設備保養及檢查								
災 害 發 生 經 過 、 處 置 及 結 果 敘 述					<input type="checkbox"/> 未訂定標準作業程序								
					<input type="checkbox"/> 未訂定安全衛生工作守則								
					<input type="checkbox"/> 未實施安全衛生管理及督導								
					<input type="checkbox"/> 人員未依標準作業程序施作								
				<input type="checkbox"/> 其他：									
總 經 理	管 理 部				部 主 管	單 位 主 管			填 表 者				