

確診 COVID-19

# 農民職業災害保險傷病給付申請書及給付收據

受理編號： - -23-

填表日期 年 月 日  
(填表前請詳閱背面說明)

|                  |       |          |          |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|-------|----------|----------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>險<br>人 | 姓名    | 出生<br>日期 | 民國 年 月 日 | 身分證號<br>(或居留證號) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 郵遞區號： |          | 通訊地址：    |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 行動電話： |          | 電 話：     |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                  |  |         |                   |   |   |
|------------------|--|---------|-------------------|---|---|
| 保<br>險<br>事<br>故 | 傷病類別： <input checked="" type="checkbox"/> 職業病：從農致罹患職業病   | 傷病發生日期： | 年                 | 月 | 日 |
|                  | 因 <u>確診 COVID-19 全日不能工作</u> 期間及日數：(※已恢復工作期間，請勿提出申請以免觸法)  |         | 自 年 月 日至 年 月 日計 日 |   |   |
|                  | 1. 罹患 COVID-19 與務農是否有關： <input type="checkbox"/> 是(如勾填「是」，請續填第 2、3 項) <input type="checkbox"/> 否<br>2. 農作內容[下列(1)~(3)項請擇一勾填；勾填(1)、(3)者，請務必填寫(4)]：  |         |                   |   |   |
|                  | (1) 工作場域群聚(群聚：指確診前 14 日內相同工作場域發生 2 個以上確診病例)：<br><input type="checkbox"/> 於農地實際從事農作時，與_____等人群聚(農地：_____地段_____地號)。<br><input type="checkbox"/> 於_____集貨場執行農產品分級、包裝、選果時，與_____等人群聚。<br><input type="checkbox"/> 其他：於_____實際從事農作時，與_____等人群聚。<br>(2) 高風險暴露場所：<br>因務農於 <input type="checkbox"/> 一般零售市場 <input type="checkbox"/> 農夫市集 <input type="checkbox"/> 農民直銷站 <input type="checkbox"/> 農用資材販售地點 <input type="checkbox"/> 其他：_____場所染疫。<br>以上場所名稱：_____<br>(3) 工作中密切接觸確診者：<br>載運農產品或從農途中於 <input type="checkbox"/> 營業餐廳 <input type="checkbox"/> 政府機關 <input type="checkbox"/> 簽訂農產品契約合約之公司行號 <input type="checkbox"/> 約定交付地點<br><input type="checkbox"/> 其他：_____<br>(4) 以上(1)、(3)密切接觸確診者之姓名：_____ (身分證號：_____；電話：_____ [擇一填寫]) |         |                   |   |   |

3. 因務農染疫其他說明：  
(※如不敷填寫可另紙書寫並簽章。)

給付方式(請勾選一項)

..... 浮貼申請人在金融機構存簿封面影本處 .....

※金融機構存簿之總代號、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。  
 ※郵局儲金簿局號或帳號不足七位者，請在左邊補零。

1. 匯入被保險人在金融機構之帳戶(B): 金融機構名稱：\_\_\_\_\_ 農會信用部 \_\_\_\_\_ 分部 \_\_\_\_\_ 銀行(庫局) \_\_\_\_\_ 分行(支庫局)

|     |      |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|------|----|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |      |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2. 匯入被保險人在郵局之帳戶(H)：

局號：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 檢號 \_\_\_\_\_ 帳號：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 檢號 \_\_\_\_\_

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。以上各欄位均據實填寫，如有不實，願負民事、刑事責任，並歸還溢領之給付。

被保險人(申請人)簽名或蓋章：\_\_\_\_\_ (印章)

(本人正楷親簽，如為受監護宣告者，應由其監護人副署簽章)

|                                 |   |  |          |
|---------------------------------|---|--|----------|
| 投<br>保<br>單<br>位<br>證<br>明<br>欄 | 1. 被保險人是否符合農職保加保資格：<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，原因：_____ | 2. 被保險人當期保險費是否已繳納：<br>(1) 農民健康保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>(2) 農民職業災害保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | (投保單位圖記) |
|                                 | 上列各項經查明屬實，特此證明。   |  |          |
|                                 | 農保保險證號：_____ 負責人：_____  | (印章)   |          |
|                                 | 單位名稱：_____ 電話：( ) _____ 經辦人：_____   | (印章)   |          |

## 壹、填表前說明

職業傷病給付係被保險人因實際從事農業工作遭遇職業傷病不能工作，以致喪失或減少收入，正在治療中（住院或門診治療）者，始得請領。

依規定被保險人罹患疾病，經行政院農業委員會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。如被保險人因實際從事農業工作確診嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19），經前開職業醫學專科醫師診斷視為職業病，即可依規定檢具前開醫師出具之「職業病診斷書」及「職業病評估報告書」申請傷病給付及就醫津貼。

嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）屬第5類法定傳染病，該疾病確診者之收治處所以醫院為原則。為擴大醫療應變量能，強化輕重症分流，直轄市、縣（市）政府安排無症狀或輕症之確診者暫時收治於集中檢疫所或加強版防疫旅館；嗣中央流行疫情指揮中心於111年4月8日公告「COVID-19 確診個案居家照護管理指引」，規定確診個案符合一定條件者，調整為居家照護，並給予相關醫療照護措施。

行政院農業委員會考量農業工作場域多元，並為保全公衛防疫及醫療量能，於111年7月6日以農輔字第1110023333號函釋示，被保險人因從農確診COVID-19申請保險給付之職業病診斷書，得以衛生福利部提供之確診證明資料替代；至職業病評估報告書，得以被保險人於申請書填載敘明染疫與務農之因果關係替代。

## 貳、請領要件、給付標準及應備書件

| 給付條件   | 給付標準及計算方式   | 應備書件  |
|--|---|---|
| 1、因實際從事農業工作確診嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19），由醫院、直轄市、縣（市）政府收治於集中檢疫所（含加強版）或防疫旅館（含加強版）進行診療，或自111年4月8日起進行居家照護期間。<br>2、不能從事工作。<br>3、喪失或減少收入。 | 1、自隔離不能工作之「第4日」起，發給傷病給付及就醫津貼。<br>2、傷病給付分「一般」或「增給」2種，給付標準如下：<br>(1)「一般」傷病給付：每日238元（月投保金額10,200元之70%，即 $10,200 \text{元} \div 30 \text{日} \times 70\% = 238 \text{元}$ ）<br>(2)「增給」傷病給付：每日476元（月投保金額10,200元2倍之70%，即 $10,200 \text{元} \times 2 \div 30 \text{日} \times 70\% = 476 \text{元}$ ）<br>3、適用「一般」或「增給」傷病給付：依被保險人「確診當日」是否加收「增給傷病給付」保費為準。<br>4、就醫津貼：被保險人無論參加「一般」或「增給」傷病給付，領取之「就醫津貼」皆相同；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。<br>5、舉例說明如下：<br>(1)111年6月1日確診（如適用「一般」傷病給付），指定處所隔離通知書記載自111年6月1日至111年6月7日期間進行指定處所隔離，則可請領傷病給付及就醫津貼為：<br>$238 \text{元} \times 4 \text{日} + 50 \text{元} \times 4 \text{日} = 1,152 \text{元}$ 。<br>(2)111年6月1日確診（如適用「增給」傷病給付），指定處所隔離通知書記載自111年6月1日至111年6月7日期間進行指定處所隔離，則可請領傷病給付及就醫津貼為：<br>$476 \text{元} \times 4 \text{日} + 50 \text{元} \times 4 \text{日} = 2,104 \text{元}$ 。 | 1、農民職業災害保險傷病給付申請書及給付收據。<br>2、農民職業災害保險職業病診斷書正本，或嚴重特殊傳染性肺炎指定處所隔離通知書影本。（如暫時無法取得隔離通知書者，可檢附「數位新冠病毒健康證明-檢驗結果數位證明」、「健保快易通APP登載PCR檢測陽性之截圖畫面（須包含身分證字號）」）。<br>3、投保農會依被保險人檢附下列農（職）保資格證明文件，確認被保險人加保資格後，該等證明文件由農會留存備查，不必檢送勞保局：<br>(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）。<br>(2)加保農地之土地資料或承租契約等相關證明文件。 |

## 參、應注意事項

一、嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）為具有高度傳染性之法定傳染病，在任何時間、地點皆有可能染疫，須因實際從事農業工作致染疫者，始得認定為職業病。有關是否因實際從事農業工作染疫之認定，應符合勞動部職業安全衛生署110年7月28日公布之「職業因素引起嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）認定參考指引」之規定。

二、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。傷病給付金額係按日計算，確診被保險人得於解除隔離之翌日起5年內請領。

三、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。