

農保殘廢給付申請書暨給付收據

(填表前請先詳閱背面說明)

受理號碼： -0-33- -

申請日期： 年 月 日

※請領現金給付，請直接向農會辦理，農會及本局均不收取任何費用。

※申請手續如有疑義，請洽所屬農會或勞工保險局（電話：02-23396126六轉分機代表號二三三〇）

被 保 險 人	姓名		印章	勞 保 局 收 文 欄 <small>(本欄為勞保局收文蓋章欄請勿填寫)</small>															
	身分證號	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>													出生日期	民國	年	月	日
	電話號碼	() ()	投保日期	民國	年	月	日												
住址	郵遞區號： 縣市 鄉市鎮區 村里 路街 段 巷 弄 號之 樓室 (請詳填實際可收到給付通知之住址)																		
殘廢部位					診斷殘廢日期	年 月 日													
給付標準	等級：分 15 等級，給付日數：最高 1200 日，最低 30 日，日投保金額：340 元(月投保金額 10,200 元÷30 日)																		
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六位者，請在左邊補零。																		
	<input type="checkbox"/> 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 _____ 銀行(庫局) _____ 分部(支庫局) 分行(支庫局) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; font-size: small; width: 50px;">總代號</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: small; width: 50px;">分支代號</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: small; width: 30px;">帳號</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: small; width: 400px;">金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>						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)									
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 type="checkbox"/> 2. 匯入被保險人在郵局之帳戶(H): 局號： - 檢號 帳號： - 檢號																			
投保單位證明欄	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： _____ 經辦人： _____ (印章) 電話：() _____					(單位圖記)													

請領殘廢給付說明

一、申請給付條件：

- (一) 被保險人於保險有效期間因遭受傷害或罹患疾病，致器官喪失、缺損或殘缺之器質障害（含機能完全喪失），如屬農保殘廢給付標準表所規定之明定項目，經治療終止後，並經醫療機構診斷為永久殘廢者，不受治療時間長短之限制，即可申請殘廢給付。
- (二) 被保險人於保險有效期間因遭受傷害或罹患疾病，致成畸形、醜形、運動或機能障害，須經治療一年以上尚未痊癒，並經醫療機構診斷為永不能復原者，始得申請殘廢給付。
- (三) 被保險人在保險有效期間罹患之傷病，經治療終止或治療一年以上未痊癒，身體遺存永久障害者，應自診斷殘廢之日起二年內提出殘廢給付之申請，超過上述二年期限，不得請領殘廢給付。

二、申請時應備書件：

(一) 農保資格審查書件：

- 1 全戶戶籍謄本。
- 2 加保農地之地籍謄本或承租契約等相關資料。

(二) 給付審查書件：

- 1 殘廢給付申請書暨給付收據。
- 2 農民健康保險殘廢診斷書（由就診之全民健保醫療院所出具；如屬精神、神經障害者，應由就診之專科醫師出具；在國外造成殘廢者，得由國外就診之醫療機構出具）。
- 3 經X光檢查者，附X光照片。

(三) 上列書據證件，請交由農會核章轉送本局辦理。

勞 工 保 險 局 初 核 欄							
	核給日數		核給等級		殘廢等級		殘廢項目