國立高雄科技大學教職員工因公傷病住院醫療補助申請表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 員工編號 |  | 單位 | |  | 職稱 | |  |
| 申請人姓名 |  | 身分證字號 | |  | 聯絡電話 | |  |
| 適用情事 | □因執行職務發生危險。  □因公差遭遇意外危險或罹病。  □因辦公往返或在辦公場所遇意外危險。  □於執行職務、公差、辦公場所，或因辦公往返途中，猝發疾病。  □因盡力職務，積勞過度。 | | | | | | |
| 經 過 簡 述  (含發生時間、地點、事故原因及造成傷害等) |  | | | | | | |
| 申請次數 | □初次申請。  □繼續申請，第 次申請。 | | | | | | |
| 申請金額 | □醫療費健保自付額計新臺幣 元。  □住院費健保自付額及病房費差額計新臺幣 元。  □陪伴(看護)費計新臺幣 元。  □救護車及隨車救護人員費用計新臺幣 元。  □裝配或重新換配義肢費用計新臺幣 元。  □其他(行政院人事行政總處函釋得補助項目)計新臺幣 元。  合計：新臺幣 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整。 | | | | | | |
| 檢附文件 | □中央衛生主管機關評鑑合格醫院出具之診斷證明書【申請陪伴(看護)費用補助者，醫療機構需於診斷證明書載明醫療上確須僱用陪伴(看護)人員之證明文字】1份。  □繳費單據1冊(計 紙)。  □本校員工因公傷病住院醫療補助申請自付費用一覽表1份。  □公傷假核定表單影本1份。  □勞保身分者：職災補助核准公文及佐證資料影本。  □其他： | | | | | | |
| 切結 | 本人申請因公傷病住院醫療補助(扣除「公務人員執行職務意外傷亡慰問金發給辦法」或其他法令規定發給或衍生之各種給付)，本次申請補助金額新臺幣 元整，申請事由與檢附文件倘有虛偽欺瞞情事，除應退還已領全部款項外，並負行政責任，所具切結是實。  **申請人具結**： （簽章） | | | | | | |
| 審核  (人事室填寫) | □本案經查其發生事故之事實合於發給醫療補助，依下列項目發給醫療補助**(同一傷病案件，每人至多補助總額以3萬元為上限)**計新臺幣 萬 仟  佰 拾 元整：   1. 請領項目(合計新臺幣 元)   □醫療費健保自付額計新臺幣 元。  □住院費健保自付額及病房費差額計新臺幣 元。  □陪伴(看護)費計新臺幣 元。  □救護車及隨車救護人員費用計新臺幣 元。  □裝配或重新換配義肢費用計新臺幣 元。  □其他(行政院人事行政總處函釋得補助項目)計新臺幣 元。   1. □無應抵充因公傷病住院醫療補助情形。   □抵充已依 （填其他公部門名稱）預算或基金支給之因公傷病住院醫療補助新臺幣 元。  □抵充已依 （填其他法令名稱）規定發給與因公傷病住院醫療補助同性質之給付新臺幣 元。  □本案不符合發給醫療補助，理由如下： | | | | | | |
| 單位主管 | 人事室 | | 主計室 | | | 校長或授權代簽人 | |
|  |  | |  | | |  | |

**請領說明**

一、補助依據：

(一)行政院人事行政局(現行政院人事行政總處)84年6月15日84局給字第19809號書函及其他相關函釋。

(二)本校約用人員工作規則第35條第1項第2款。

二、適用對象： 編制內教職員工及校務基金進用工作人員。

三、申請條件：符合「因公傷病」、「住院」且「健保不給付並經醫師指定所必需之醫療費用」事實。

四、申請程序：

(一)符合「公務人員執行職務意外傷亡慰問金發給辦法」者，應優先依該辦法之規定申請慰問金。

(二)申請人填列申請表，並附公傷假核定表單影本、診斷證明書、醫療費收據等資料，送人事室審核，陳請校長核定。

五、認定標準：因公傷病事由，屬下列情形之一。

(一)因執行職務發生危險。

(二)因公差遭遇意外危險或罹病。

(三)因辦公往返或在辦公場所遇意外危險。

(四)於執行職務、公差、辦公場所，或因辦公往返途中，猝發疾病。

(五)因盡力職務，積勞過度。

六、補助範圍：包括病房費(以補助全民健保給付標準高一等級病房費差額為限)、醫療費健保自付額、陪伴(看護費)、救護車及隨車救護人員費、義肢義齒裝配費及其他經醫師診斷指定為必需之治療項目費用。

七、經費來源：

(一)編制內教職員工：由人事室福利費項下支應。

(二)校務基金進用工作人員：由人事室編外人員薪資項下支應。

八、補助金額：

(一)同一傷病案件，每人至多補助總額以3萬元為上限。

(二)抵充：因同一事由，依「公務人員執行職務意外傷亡慰問金發給辦法」或其他法令規定發給或衍生之各種給付，應予抵充。本補助高於其他合併之給付總額者，僅發給其差額；低於或等於者，不再發給。

附表

國立高雄科技大學教職員工因公傷病住院醫療補助申請自付費用明細表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **員工編號** |  | **姓名** |  |
| 序號 | 就醫日期 | 醫療費健保自付額 | 備註 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| **合 計 金 額** | **新臺幣 元整** | | |
| 備註：所附單據請依序號裝訂於後；本表格不敷使用時，請自行增列。 | | | |