

625

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：台北市復興北路420號10樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：蘇晟瑜(02)25000113 轉223
電子郵件信箱：leosun@cda.org.tw

受文者：詳如正本收文者

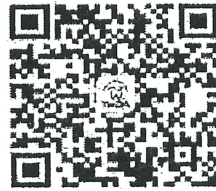
發文日期：中華民國114年7月2日

發文字號：牙全岳字第00087號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：衛生福利部114年6月24日衛部醫字第1140124886號函影本



請加入牙醫全聯會LINE@

主旨：函轉衛生福利部有關勞動部勞工保險局修正勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書部分欄位，敬請查照並轉知所屬會員醫師。

說明：依據衛生福利部114年6月24日衛部醫字第1140124886號函辦理，隨函檢附影本乙份。

正本：各縣市牙醫師公會



理事長 陳世岳

本案依照分層負責規定
授權 幹事 審議會 主委 決行

104

臺北市中山區復興北路420號10樓

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

710

台南市永康區中華路196-14號10樓

臺南市牙醫師公會

郵件編號：984311-17-350829512

處理日期

114/07/03

君啟

收文日期:	114年7月9日	第625號	簽章									
批示日期:	114年7月12日											
批示項目	☐ 查 ☒ 轉 知 1. 全體會員 2. 學術主委 3. 健保主委 4. 環保主委 5. 口衛主委 6. 聯誼主委 7. 總務主委 8. 資訊主委 9. 偏遠主委 10. 公關主委 11. 法令主委 12. 特殊需求主委											

理事長王啟芳

花PO
藍網
禮金

勞動部勞工保險局 函

地址：100232臺北市中正區羅斯福路1段4號

承辦人：陳小姐

電話：02-23961266#1310

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國114年6月10日

發文字號：保職失字第11460137400號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明三 (60137400A0D_ATTCH1. pdf)

主旨：為防制勞保黃牛，本局修正勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書部分欄位，惠請協助轉知各醫療院所配合辦理，共同維護被保險人失能給付權益，請查照。

說明：

- 一、近來偶有勞保代辦業者(即俗稱之勞保黃牛)以理賠顧問公司或專業代理人之名義，利用勞工資訊落差，從中招攬代辦申請保險給付並索取高額佣金，甚有佯裝較嚴重失能程度以詐領保險給付之情事，損害勞工權益及影響勞工保險制度。
- 二、為從源頭加強管理，防杜勞保黃牛及不法情事，本局已修正「勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書」部分欄位，增列「是否有非家屬人員陪同病患到診」之勾填項目，請惠予協助轉知各級醫療院所所屬醫師於開立失能診斷書時，確實勾選本次新增之欄位，俾利本局判斷是否有疑似代辦介入，適時提醒勞工注意自身權益。
- 三、檢附勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書(樣本)供參。

總收文 114.06.11



1140124886

中華郵政(股)公司 承製

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區志孝東路6段
488號

聯絡人：林小姐

聯絡電話：02-85906666 分機：7381

傳真：02-85907087

電子郵件：mdroxaanne@mohw.gov.tw

受文者：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國114年6月24日

發文字號：衛部醫字第1140124886號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21000000I_1140124886_doc1_Attach1.PDF、
A21000000I_1140124886_doc1_Attach2.pdf)

主旨：轉知勞動部勞工保險局修正勞工保險(勞工職業災害保險)
失能診斷書部分欄位(如附件)，請協助轉知貴轄各醫療
機構配合辦理，請查照。

說明：依據勞動部勞工保險局114年6月10日保職失字第
11460137400號函辦理。

正本：地方政府衛生局

副本：中華民國醫師公會全國聯合會(含附件)、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合
會(含附件)、中華民國中醫師公會全國聯合會(含附件)、本部中醫藥司(含附
件)、本部口腔健康司(含附件)、勞動部勞工保險局



勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書

勞動部勞工保險局受理號碼

◎請醫師開具診斷書前先行詳閱本表應注意事項及各項失能說明

姓名	出生日期		年	月	日	身分證(居留證或護照號碼)								
住址	縣市		鄉鎮市區	村里	路街	巷弄	號	樓	聯絡電話	住家：() 手機：				
自述事項	傷初發時間		年	月	日	時	分	傷發生地點						
	傷病原因							曾就診之醫療院所名稱及時間						
造成失能之傷病及在本院之診療情形														
診斷失能之傷病名稱			國際疾病代碼(ICD-10)			初診日期								
						年			月	日	時	分		
治療經過			住院診療期間(住院超過3次以上者，請填寫最後3次期間)											
			自 年 月 日至 年 月 日											
			自 年 月 日至 年 月 日											
			自 年 月 日至 年 月 日											
			共住院 次；目前是否仍住院中 ☐ 是 ☐ 否											
與本次失能有關之病症及病史			門診診療期間											
			自 年 月 日至 年 月 日											
			共門診： ☐ 10次以下(次) ☐ 10次以上											
失能部位		病歷號碼		與失能部位相關之最後一次：										
				☐ 手術日期 年 月 日										
				(手術名稱：)										
				☐ 放射(化學)治療日期 年 月 日										
本失能診斷書係依 ☐ 病患親自到診 ☐			年 月 日病歷診斷出具											
【 ☐ 是 ☐ 否】有「非」家屬人員陪同病患到診														
本診斷書所列失能症狀經本醫師親自診斷，特此證明														
全民健康保險特約醫療院所名稱：														
醫事機構代碼： 電話：														
開業執照： 字第 號														
地 址：														
院長(負責人)： 簽章：														
診斷醫師： 簽章：														
專科醫師證照號碼：科別： 科 字第 號														
診斷書出具日期： 年 月 日														

請蓋印信或圖記

正本：衛生福利部

副本：勞動部勞工保險局職業災害給付組失能給付科*1310

