

# 國立臺南特殊教育學校因公傷病住院醫療補助請領作業要點

115年1月6日主管會議訂定

一、補助依據：原行政院人事行政局79年3月28日79局肆字第12710號函、84年6月15日84局給字第19809號書函及行政院人事行政總處113年11月22日總處給字第1134002353號函。

二、適用對象：本校編制內教職員工。

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)申請人應自病癒出院之日起2個月內提出申請；填列申請表(附表1、2)，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。(如未能於上開期限內提出申請者，得於申請表敘明事由，依行政程序法之規定，申請期限以10年為限。)

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：

## 【得補助項目】

1. 同一意外受傷住院前之急診、門診、掛號費用及出院後之門診繼續醫療自付費用。

2. 救護車及隨車護士費用。

3. 健保不給付並經醫師指定所必須之費用：

(1) 依醫囑使用之輔具費用（已獲政府補助者不得重複申請）。

(2) 病房費差額（以健保病房費給付標準高一等級為限）。

(3) 陪伴費/看護費。

(4) 基本負擔費用、診察費、材料費。

(5) 植補牙齒。

(6) 義肢費。

## 【不補助項目】：

1. 出院後定期復健門診之各項費用及交通費。

2. 租屋及醫院往返之交通費、伙食費、證明書費、復健訓練器材費、保養品、自行購買之醫療器材及護理之家相關費用。

七、經費來源：由本校校務基金項下支應。

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)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。

(三)因公受傷案件查有故意情事或重大過失者，不發給。前項所稱故意或重大過失，由服務機關學校依事實調查或依有關機關之鑑定報告認定之。

九、本要點經主管會議通過，陳請校長核定後並實施，修正時亦同。

附表1

## 國立臺南特殊教育學校教職員工因公傷病住院醫療補助申請表

填表日期： 年 月 日

單位				職稱	
申請人姓名		身分證字號		聯絡電話	
適用情事	<input type="checkbox"/> 因執行職務發生危險。 <input type="checkbox"/> 因公差遭遇意外危險或罹病。 <input type="checkbox"/> 因辦公往返或在辦公場所遇意外危險。 <input type="checkbox"/> 於執行職務、公差、辦公場所，或因辦公往返途中，猝發疾病。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 初次申請。 <input type="checkbox"/> 繼續申請，第____次申請。				
申請金額	<input type="checkbox"/> 同一意外受傷住院前之急診、門診及掛號費用及出院後之門診繼續醫療自付額計新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 住院費健保自付額及病房費差額計新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 陪伴(看護)費計新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 救護車及隨車救護人員費用計新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 裝配或重新換配義肢費用計新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 其他計新臺幣_____元。 合計：新臺幣____百____拾____萬____仟____百____拾____元整。				
檢附文件	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 繳費單據1冊(計____紙)。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 公傷假核定表單影本1份。 <input type="checkbox"/> 勞保身分者：職災補助核准公文及佐證資料影本。 <input type="checkbox"/> 其他：(如交通事故初判表、出勤紀錄及申請公傷假報告書...等)				

切結	<input type="checkbox"/> 1. 本人申請因公意外受傷住院醫療補助，不包括因本人之交通違規行為所致，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，所具切結事實。 <input type="checkbox"/> 2. 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」或政府其他醫療補助、社會保險給付或其他相同性質補助。)，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，所具切結屬實。  <p style="text-align: right;">申請人具結：_____（簽章）</p>		
審核 (人事室填寫)	<input type="checkbox"/> 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： 一、請領項目(合計新臺幣_____元) <input type="checkbox"/> 醫療費健保自付額計新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 住院費健保自付額及病房費差額計新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 陪伴(看護)費計新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 救護車及隨車救護人員費用計新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 裝配或重新換配義肢費用計新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 其他計新臺幣_____元。 二、 <input type="checkbox"/> 無應抵充因公傷病住院醫療補助情形。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 已投保險，依規定抵充已領之保險給付新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 本案不符合發給醫療補助，理由如下：_____		
申請人簽名	人事室	主計室	校長
單位主管			

附表2

國立臺南特殊教育學校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。			