|  |
| --- |
| **公教人員保險失能給付請領書** |
|  **（填表前請詳閱背面說明 ）** 填表日期 年 月 日 105.3.18起適用 |
| **被 保 險 人****姓 名** |  | **身 分 證****統一編號** |  |
| **保險事故** | **保險事故日** |  | **疾病名稱或傷害原因** |  | **失能標準** |  **失能 第 號** |
| **失能部位** |  |
| **醫院名稱** |  | **醫 院 地 址** |  |
| **檢附證件** | □1.公教人員保險失能證明書正本（應由中央衛生主管機關評鑑合格之醫院出具）□2.其他： |
| **平均保俸額** |  | **請領月數**  |  **個月** | **請領金額** | **(金額如無法核算，以貴部核定金額為準)****新臺幣 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整** |
| **請 領 方 式** （請 勾 選 一 項 ） | **入 戶 者 請 將 被 保 險 人 之 存 摺 封 面 影 印 本 浮 貼 於 此 處** |
| □1、入戶（限匯入被保險人本人於國內金融機構之帳戶，並請檢附存摺封面影印本）(1) 　　　　銀行　　　　分行 (帳號請靠左填寫，位數不足，不需補零)(2)存入郵局存簿儲金帳戶 郵局代號：700 局號：□□□□□□－□ 帳號：□□□□□□－□ (靠右填寫，局號及帳號不足7位者，請在左邊補零)□2、支票（請檢附現金給付收據，收據須被保險人簽章並加蓋機關印信或公保專用章）  **被保險人簽名或蓋章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| **本請領書收件日期為 年 月 日，請領書所填各項資料及檢附證件，經查屬實且符合規定。**此致**機關(學校)****印信或公保專用章**臺灣銀行股份有限公司公教保險部

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要保機關 | 代號 | **0** | **0** | **1** | **3** | **1** | 名稱 | 臺北榮民總醫院 |
| 經辦人 |  | 人事主管 |  | 主管 |  |
| 聯絡電話 | 28712121ex86255 |

 |
| 以下由臺灣銀行股份有限公司公教保險部填寫 **經辦： 審核： 核定：** |

|  |
| --- |
| **請 領 失 能 給 付 說 明** |
| 一、請領失能給付者，應填送本請領書、領取給付收據(選擇入戶者免送收據)及**公教人員保險失能證明書正本**憑辦。二、須檢附之證件，請勾選正面檢附證件欄。如係影印本者，須字跡清晰且各頁齊全，並**加蓋要保機關(構)學校印信、公保專用章或人事主管職名章**，證明與原本無異。三、採入戶者，請將存摺封面影印本黏貼於本請領書之正面，並注意下列事項： (一)戶名必須為被保險人本人，金融機構名稱（代號）、戶名及帳號應清晰、完整。 (二)所提供之帳戶不得為「靜止戶」、「結清戶」、「非綜合存摺之公教優惠存款帳戶」，以免無法辦理入戶事宜。四、失能給付之平均保俸額：按被保險人確定永久失能日當月往前推算6個月保險俸（薪）額之平均數計算。但加保未滿6個月者，按其實際加保月數之平均保險俸（薪）額計算。五、失能給付之給付月數： (一)失能給付之等級（全失能、半失能、部分失能）依公教人員保險失能給付標準附表規定辦理。 (二)給付月數如下： 1.因執行公務或服兵役致成失能者：全失能36個月；半失能18個月；部分失能8個月。 2.因疾病或意外傷害致成失能者：全失能30個月；半失能15個月；部分失能6個月。六、失能給付之給付金額： 平均保俸額 × 給付月數七、失能給付相關規定：(一)在加入公保前已失能者，不得請領公保失能給付。(二)同一部位之失能，同時適用二種以上失能程度者，依最高標準給付，不得合併或分別請領。(三)不同部位之失能，無論同時或先後發生者，其合計給付月數，以30個月為限，因公致失能者，以36個月為限。 (四)原已失能部位復因再次發生疾病或傷害，致加重其失能程度者，按二種標準之差額給付。 (五)手術切除器官者，須存活期滿一個月以上，始可請領失能給付。被保險人確定永久失能日係於死亡前一個月內，或彌留狀態期間，不得據以請領失能給付。八、請領公保各項給付之權利，自請求權可行使之日起，因10年間不行使而當然消滅。九、本說明如有未盡事宜，依公教人員保險法及相關法令規定辦理。 |

|  |
| --- |
|  |