

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

總行代號	帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)

(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

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				

機關(學校)
印信或公保專用章

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。