

## 教育部 函

地址：100217 臺北市中正區中山南路5號

承辦人：薛敬議

電話：02-7712-9123

電子信箱：dododocar@mail.moe.gov.tw

受文者：國立臺灣戲曲學院

發文日期：中華民國111年7月18日

發文字號：臺教資(六)字第1110069994號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：勞動部令、勞動部函、勞動部辦理職業傷病診治醫療機構之認可補助及監督管理作業要點 (A09000000E\_1110069994\_senddoc1\_Attach1.pdf、A09000000E\_1110069994\_senddoc1\_Attach2.PDF、A09000000E\_1110069994\_senddoc1\_Attach3.odt)

主旨：檢送勞動部訂定「勞動部辦理職業傷病診治醫療機構之認可補助及監督管理作業要點」1份，請查照並轉知所屬。

說明：

- 一、依勞動部111年7月14日勞職授字第11102031902號函辦理。
- 二、勞動部為辦理職業傷病診治醫療機構認可管理補助及職業傷病通報辦法之醫療機構認可、補助及監督管理等事項，特訂定本要點。

正本：各公私立大專校院

副本：秘書處、人事處



總收文 111.07.19



1110007227

檔 號：

保存年限：

## 勞動部 令

發文日期：中華民國111年7月14日  
發文字號：勞職授字第1110203190號  
附件：如文



訂定「勞動部辦理職業傷病診治醫療機構之認可補助及監督管理作業要點」，並自即日生效。

附「勞動部辦理職業傷病診治醫療機構之認可補助及監督管理作業要點」

部長 許銘春

## 勞動部 書函

地址：24219新北市新莊區中平路439號南  
棟11樓  
承辦人：劉勳駿  
電話：02-89956666分機8149

受文者：教育部

發文日期：中華民國111年7月14日  
發文字號：勞職授字第11102031902號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如主旨（02031902A0C\_ATTCH56.odt、02031902A0C\_ATTCH53.pdf）

主旨：檢送本部訂定「勞動部辦理職業傷病診治醫療機構之認可  
補助及監督管理作業要點」1份，請查照並轉知所屬知  
照。

正本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國環境職業醫學會、中華職業醫學會、衛生福利部、國防部、教育部、國軍退除役官兵輔導委員會、勞動部勞工保險局、行政院農業委員會、各直轄市及縣(市)政府、國立臺灣大學醫學院附設醫院(職業傷病管理服務中心)、國立臺灣大學醫學院附設醫院(職業傷病防治中心)、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院(職業傷病防治中心)、臺北榮民總醫院(職業傷病防治中心)、中山醫學大學附設醫院(職業傷病防治中心)、中國醫藥大學附設醫院(職業傷病防治中心)、彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院(職業傷病防治中心)、國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院(職業傷病防治中心)、國立成功大學醫學院附設醫院(職業傷病防治中心)、財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院財團法人高雄醫學大學附設中和紀念醫院財團法人高雄醫學大學附設中和紀念醫院(職業傷病防治中心)、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院(職業傷病防治中心)、財團法人職業災害預防及及重建中心

副本：勞動部職業安全衛生署職業災害勞工保護組(含附件)



## 勞動部辦理職業傷病診治醫療機構之認可補助及監督管理作業要點

- 一、勞動部（以下簡稱本部）為辦理職業傷病診治醫療機構認可管理補助及職業傷病通報辦法（以下簡稱本辦法）之醫療機構認可、補助及監督管理等事項，特訂定本要點。
- 二、本要點之執行機關為本部職業安全衛生署（以下簡稱職安署）。
- 三、本部對於醫療機構之認可，得參考中央衛生福利主管機關辦理醫療區域輔導與醫療資源整合計畫，將全國劃分為六大醫療照護區域，針對區域內各直轄市、縣（市）間之職業災害勞工服務需求、勞動人口數、各醫院之職業傷病服務量能及職業傷病通報數等，依各地區服務需求及區域平衡，進行適當之配置。
- 四、申請認可為職業傷病診治醫療機構者，應於本部公告受理期間內，依本辦法第七條第二項規定，備具書件一式十八份，並依序裝訂成冊，送達職安署；郵寄者，以原寄郵局郵戳為憑，逾期不予受理。

本辦法第七條第二項第一款及第四款規定之申請書及服務計畫書，其格式如附件一及附件二。

本辦法第七條第二項第三款所定證明文件影本如下：

- (一) 全民健康保險特約保險醫事服務機構之證明文件。
  - (二) 經中央衛生福利主管機關醫院評鑑評定為區域醫院以上等級及教學醫院評鑑合格之證明文件。
  - (三) 經地方衛生主管機關登記診療科別之證明文件。
  - (四) 成立醫療機構院層級之職業傷病醫療委員會或小組之證明文件。
  - (五) 主持醫師、專任職業醫學科專科醫師之執業執照與身分證明文件，及經地方衛生主管機關認定，並符合本辦法規定執業年資之證明文件。
  - (六) 職業傷病專案經理、個案管理師、物理治療師、職能治療師、臨床心理師及諮商心理師名冊、學歷及相關工作經驗之證明文件。
- 五、本辦法第七條第二項第五款所定其他經中央主管機關規定之文件如下：
- (一) 辦理勞工保險或勞工職業災害保險之職業傷病醫療給付量次。

(二) 依全國職業傷病診治網絡醫院及職業傷病通報者補助實施要點，所辦理職業傷病通報且經品質審查通過之件數。

(三) 前二款以外，其他足資證明可達本辦法第二十八條第一項所列基本服務量能之文件。

(四) 醫療機構院層級之職業傷病醫療委員會或小組之運作規劃說明。

六、經本部認可之職業傷病診治醫療機構（以下簡稱認可醫療機構），申請本辦法第三十一條第二項規定之補助時，應檢具領據（格式如附件三）正本，於認可有效期間起始日起十五日內送達職安署；郵寄者，以原寄郵局郵戳為憑。

七、認可醫療機構應建置品質管理系統，有效結合網絡及社區醫療資源，落實服務計畫書之執行及辦理文件化管理。

八、認可醫療機構應依本辦法第四十一條規定，至本部公告指定之職業災害勞工服務資訊整合管理系統網站辦理職業傷病通報。

認可醫療機構應輔導及協助所屬網絡醫院，應依全國職業傷病診治網絡醫院及職業傷病通報者補助實施要點，辦理開診及職業傷病通報事宜。

職安署就第一項之通報內容，得請財團法人職業災害預防及重建中心（以下簡稱職災預防及重建中心）協助進行品質審查。

認可醫療機構通報內容有不足者，職災預防及重建中心應於第一項所定系統網站退請認可醫療機構補正，並由認可醫療機構於四十五日內補正後再行審查；逾期未補正者，該通報個案不得依本辦法第二十八條第一項第一款、第二款及第三十條第一款規定採計服務量。

九、認可醫療機構得於每年一月一日至一月十五日及七月一日至七月十五日，備具下列文件，向職安署申請前六個月辦理本辦法第二十八條及第三十條規定事項之補助及結報：

(一) 經費補助申請表（格式如附件四）。

(二) 服務成果報告（格式如附件五）。

(三) 職業病評估報告書（格式如附件六）。

(四) 職業醫學證據調查報告書（格式如附件七）。

(五) 本辦法第二十五條之評估結果。

(六) 疑似職業病現場訪視報告(格式如附件八)及證明文件。

職安署得請職災預防及重建中心協助辦理前項醫療機構申請補助事項之初審作業。

職災預防及重建中心應於職安署送請初審後十四日內完成初審，並製作補助費彙總表(格式如附件九)連同第一項申請文件送本部核定。

十、認可醫療機構應於本部核定補助經費後三十日內檢具領據(格式如附件十)正本，送達職安署；郵寄者，以原寄郵局郵戳為憑，經職安署審查後，核實撥付。

十一、本辦法第二十九條第一項所定酌減補助金額，其計算方式如下：

(一) 職業傷害通報未達一百八十件者，每不足一件，酌減新臺幣五千元。

(二) 職業病與疑似職業病通報未達九十件者，每不足一件，酌減新臺幣二萬元。

(三) 職業病評估報告書、職業醫學證據調查報告書及本辦法第二十五條之評估結果，合計未達四十件者，每不足一件，酌減新臺幣二千五百元。

(四) 每週開設職業傷病門診未達五診次(花蓮縣、臺東縣、澎湖縣、金門縣及連江縣之醫療機構，每週開設職業傷病門診未達四診次)者，每不足一診次，酌減新臺幣一千五百元。

符合下列各款規定者，不受前項第四款規定之限制：

(一) 全年度開設職業傷病門診已達二百五十診次(花蓮縣、臺東縣、澎湖縣、金門縣及連江縣之醫療機構全年度開設職業傷病門診已達二百診次)。

(二) 當週依政府行政機關辦公日曆表所定上班日未達五日。

十二、本部對認可醫療機構就下列項目實施查核時，得請職災預防及重建中心協助辦理：

(一) 本辦法第三條至第六條之認可條件及人員資格。

(二) 本辦法第十四條之應辦理事項。

(三) 其他服務計畫書所載事項之執行成果。

前項查核得以現場或書面方式為之。

查核人員進入現場查核時，應主動出示書面通知及相關身分證明文件。

十三、認可醫療機構有本辦法第三十五條第一項所定情形之一者，本部得依同條第二項規定，撤銷或廢止其認可，列為二年內不得再申請認可之醫療機構，並依本辦法第三十七條規定，撤銷或廢止補助之全部或一部，以書面行政處分令其限期返還。

十四、認可醫療機構對各類報酬，應依稅法相關規定辦理扣繳。

認可醫療機構受補助經費中涉及採購事項者，應依政府採購法等相關規定辦理。

十五、受補助經費產生之利息，無需繳回。

十六、認可醫療機構申請補助款項時，應本誠信原則對所提出資料內容之真實性負責，有不實者，應負相關責任。

十七、認可醫療機構應配合本部需求，按月提報各項服務績效；必要時，須依本部業務需求，每半年或每年提交各項業務執行成果報告。

## 附件一 申請書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 醫療機構名稱：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |
| 醫療機構地址：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |
| 開業執照字號：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 主持醫師： |
| 職業傷病專案經理：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 聯絡電話： |
| 是否為全民健康保險特約醫事服務機構： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |
| 是否經中央衛生福利主管機關醫院評鑑評定為區域醫院以上等級，及教學醫院評鑑合格： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
| 是否具備職業醫學科、復健科、骨科、神經科、胸腔科、皮膚科、內科、外科、眼科、耳鼻喉科、精神科、放射線科及病理科等診療科別：<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |
| 是否成立醫療機構院層級之職業傷病醫療委員會或小組，統籌及整合院內醫療資源，以提供職業傷病勞工跨科部整合性服務： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
| <p>是否設有職業傷病診治整合服務中心，並聘有下列人員：</p> <p>(一) 專任職業醫學科專科醫師二名以上，其中一名為主持醫師。</p> <p>(二) 職業傷病個案管理師四名以上，其中一名得聘為職業傷病專案經理，協助主持醫師辦理職業傷病診治醫療機構認可管理補助及職業傷病通報辦法第十五條統籌管理之工作。<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p>                                                                                                                                                                                                            |       |
| <p>是否設有職能復健單位，並聘有下列人員：</p> <p>(一) 職能治療師或物理治療師二名以上。</p> <p>(二) 臨床心理師或諮商心理師一名以上。<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |
| <p>茲檢附下列文件一式十八份，並依序裝訂成冊：</p> <p><input type="checkbox"/>全民健康保險特約之保險醫事服務機構證明文件影本。</p> <p><input type="checkbox"/>醫療機構開業執照影本。</p> <p><input type="checkbox"/>經中央衛生福利主管機關醫院評鑑評定為區域醫院以上等級及教學醫院評鑑合格之證明文件影本。</p> <p><input type="checkbox"/>經地方衛生主管機關登記診療科別之證明文件影本。</p> <p><input type="checkbox"/>成立醫療機構院層級之職業傷病醫療委員會或小組之證明資料影本。</p> <p><input type="checkbox"/>主持醫師、專任職業醫學科專科醫師之執業執照與身分證明文件，及經地方衛生主管機關認定，並符合職業傷病診治醫療機構認可管理補</p> |       |

助及職業傷病通報辦法規定之執業年資證明文件影本。

☐設有職能復健單位，並聘有相關專業人員之名冊、學歷及相關工作經驗證明文件影本。

☐職業傷病專案經理、個案管理師、物理治療師、職能治療師、臨床心理師及諮商心理師名冊。

☐上述人員學歷及相關工作經驗之證明文件影本。

☐服務計畫書。

☐辦理職業傷病服務實績等證明文件（如辦理勞工保險之職業傷病診治醫療給付等服務量次；或依全國職業傷病診治網絡醫院及職業傷病通報者補助實施要點所辦理職業傷病通報，並經品質審查通過者）。

☐其他：

醫療機構全銜：

（請加蓋印信）

負責人：

主持醫師：

（簽章）

填表日期：      年      月      日

## 附件二 服務計畫書

---

一、緣起及目標

二、辦理事項

三、執行策略（含個案服務流程）

四、預期成果與效益

五、組織架構及人力配置

六、整合性服務計畫，應說明下列事項：

（一）職業傷病診治整合服務中心、治療及醫療復健、職能復健單位

（包括是否規劃或申請成為勞工職業災害保險及保護法第六十六條之認可職能復健專業機構）等計畫。

（二）職業傷病醫療委員會或小組及職業傷病診治整合服務中心之任務、組成方式及運作程序等。

（三）配合中央主管機關辦理事項：

1. 職業傷病防治推廣及教育訓練。

2. 職業病群聚調查及預防性措施之支援協助。

3. 高風險作業職業病危害因子預防之支援協助。

七、辦理職業傷病服務實績等證明：

（一）辦理勞工保險條例或勞工職業災害保險及保護法之職業傷病診治醫療給付等服務量次。

（二）依全國職業傷病診治網絡醫院及職業傷病通報者補助實施要點所辦理職業傷病通報，並經品質審查通過者。

（三）其他足資證明可達職業傷病診治醫療機構認可管理補助及職業傷病通報辦法第二十八條第一項所列基本服務量能之文件。

八、其他

## 附件三 基本服務量請款領據

## 領 據

茲收到勞動部核發認可醫療機構基本服務量補助新  
臺幣參佰萬元整。

醫療院所名稱：

統一編號：

地址：

院長或負責人簽章：

經辦人簽章：

匯款明細<sup>1</sup>：

請加蓋印信

---

<sup>1</sup> 請詳列金融機構名稱、分行別、帳號、戶名。以上「名稱」及「戶名」可接受「院所名稱」或「院所名稱+負責人姓名」，但不接受僅列「負責人姓名」或其他私人名義帳戶。

中 華 民 國                      年                      月                      日

#### 附件四 經費補助申請表

○○○醫院辦理○○年度○月至○月份職業災害勞工職業傷病  
診治服務及職業傷病通報經費補助申請表

| 申請日期 | 年                                | 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 日 |
|------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 經費種類 | <input type="checkbox"/> 基本服務量補助 | 職業傷害通報__件。<br>( <input type="checkbox"/> 半年結算未達90件。 <input type="checkbox"/> 全年結算未達180件。 )<br>職業病與疑似職業病通報合計__件，其中__件為職業病。<br>( <input type="checkbox"/> 半年結算職業病未達30件。 <input type="checkbox"/> 全年結算職業病未達60件。 )<br>職業病評估報告書、職業醫學證據調查報告書及職業傷病診治醫療機構認可管理補助及職業傷病通報辦法第二十五條之案件評估，合計__件。<br>( <input type="checkbox"/> 半年結算未達20件。 <input type="checkbox"/> 全年結算未達40件。 )<br><input type="checkbox"/> 每週開設職業傷病門診__診次<br>( <input type="checkbox"/> 未達5診次理由：_____<br>申請期間求診人數__人<br>( <input type="checkbox"/> 半年結算未達65件。 <input type="checkbox"/> 全年結算未達130件。 )<br>求診人次__人次<br>( <input type="checkbox"/> 半年結算未達250人次。 <input type="checkbox"/> 全年結算未達500人次。 ) |   |
|      | <input type="checkbox"/> 額外補助    | <input type="checkbox"/> 職業病通報補助費：<br>辦理職業病通報，超過90件部分為__件。<br><input type="checkbox"/> 院內轉介補助：<br>院內轉介職業傷病個案經診斷為職業病，且通報至職業傷病通報系統，共__例。<br><input type="checkbox"/> 疑似職業病實地訪視費：<br><input type="checkbox"/> 辦理疑似職業病實地訪視及完成訪視報告書，未經診斷為職業病，共__件。<br><input type="checkbox"/> 辦理疑似職業病實地訪視及完成訪視報告書，經                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |



## 壹、前言

### 一、緣起

### 二、目標

## 貳、工作項目

### 一、設置職業傷病服務窗口及開設門診

### 二、區域服務網絡之建立及輔導

### 三、職業傷病通報

### 四、醫療復健及其他科別之轉介

### 五、職業傷病勞工個案管理及復工、配工服務

### 六、實地訪視及評估

### 七、復工計畫醫療建議之溝通協調

### 八、社會復健及職能復健之服務或轉介

### 九、服務計畫書所載職業傷病危害預防事項

### 十、其他配合行政機關之辦理事項

## 參、執行方法與成果（含預期目標、執行策略及成果效益）

## 肆、結論與建議

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                                                       |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-------------------------------------------------------|
| 姓名    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 身分證號碼 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 出生日期 | 民國 年 月 日                                              |
| 診斷病名  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 病歷號碼 |                                                       |

本院之檢查診療情形：

門診自 年 月 日至 年 月 日，共 次。

住院自 年 月 日至 年 月 日，共 次，共 天。

綜合該患者之臨床表現，職業暴露史及檢查數據，該患者職業病之評估結果：

☐屬「勞工職業災害保險職業病種類表」之\_\_\_\_\_類，第\_\_\_\_\_項所列之疾病。

☐屬工作相關之腦血管與心臟疾病。

☐屬工作相關之精神疾病。

☐非屬「勞工職業災害保險職業病種類表」所列之疾病，經診斷職業造成此疾病之因果關係可能性或貢獻程度大於百分之五十，且有醫學文獻佐證。（請詳列相關文獻及出處）

（請於背面敘明相關調查評估）

以上病人經本醫療院所職業醫學專科醫師評估屬實  
特予此報告。

醫事服務機構名稱：

醫事服務機構代號：

主治醫師簽章：

專科醫師證照號碼：( ) 職醫字第\_\_\_\_\_號。

填具日期：中華民國 年 月 日

### 一、職業暴露狀況（若空間不足請另附）

資料來源：☐詳細問診資料 ☐提供現場照片或影片 ☐其他

職業別：

工作史：

工作場所評估：

### 二、疾病診斷

過去病史：

理學檢查與臨床發現：

實驗室檢查：

評估日期：

### 三、評估過程

罹病之證據：

暴露之證據：

時序性：

醫學文獻之佐證：

其他致病因之考量：

綜合評估：

### 四、參考文獻

## 附件七 職業醫學證據調查報告書

### 一、案件背景陳述

#### (一) 勞工基本資料：

1. 勞工姓名：
2. 勞工性別：
3. 勞工出生日期：民國 年 月 日
4. 工作地點：
5. 工作職稱：

#### (二) 勞工工作史：

二、職業醫學評估（請客觀陳述意見，不宜出現「應可認定（可）」等字眼，另需說明訪視日期及參考資料，如檢視勞工保險局申請鑑定資料）

(一) 疾病之證據：（請說明過去病史，身體檢查與臨床發現、診斷工具及疾病確診日期）

(二) 暴露之證據：（請說明職業暴露物質、暴露強度及時間長短等，併附工作場所訪視評估照片與現場作業環境測定數據等資料）

(三) 罹病時序性：

(四) 文獻一致性：（請以流行病學及相關醫學文獻研究，說明疾病與工作間之因果關係）

(五) 考量其他致病因素：（請說明其他可能致病因素或排除可能影響因素，以利判斷疾病發生是否由職業因素所引起）

三、結論（請客觀論述，不宜出現「應可認定」等字眼，如建議本案認屬「非職業病」）

四、參考文獻（請以 APA 格式繕寫）

五、參與調查之訪視人員

| 單位                           | 職稱 | 姓名 | 備註   |
|------------------------------|----|----|------|
| ____認可醫療<br>機構職業傷病<br>診治整合服務 |    |    | 撰寫報告 |
|                              |    |    | 撰寫報告 |
|                              |    |    |      |

|        |  |  |  |
|--------|--|--|--|
| 中心     |  |  |  |
| 勞動檢查機構 |  |  |  |
|        |  |  |  |
|        |  |  |  |

註1.中央主管機關為辦理職業病鑑定，依勞工職業災害保險職業病鑑定作業實施辦法第11條規定，請勞動檢查機構會同財團法人職業災害預防及重建中心人員，至勞工工作場所或其職業病暴露有關場所，蒐集相關事證後，由財團法人職業災害預防及重建中心作成本報告書。

註2.本報告書各資料應覈實填列，其有不敷使用者，得自行增加或調整。另該報告書僅作為鑑定委員鑑定案件之參考，不作他用。

## 附件八 疑似職業病現場訪視報告

- 一、 摘要
- 二、 案件描述與背景介紹
  - (一) 疾病名稱
  - (二) 職業暴露資料
- 三、 調查評估
  - (一) 調查目的
  - (二) 職業暴露調查評估
  - (三) 職業醫學調查評估
- 四、 調查結果與討論
  - (一) 罹病之證據
  - (二) 暴露之證據
  - (三) 時序性
  - (四) 流行病學資料
  - (五) 合理排除其他可能致病原因
- 五、 結論與建議
- 六、 參考文獻

## 附件九 補助費彙總表

各認可醫療機構申請                      年            月至            年            月

基本服務量及額外補助

財團法人職業災害預防及重建中心醫院初審補助費彙總表

| 編號             | 醫療機構名稱 | 申請補助金額 | 建議補助金額 | 備註（理由） |
|----------------|--------|--------|--------|--------|
|                |        |        |        |        |
|                |        |        |        |        |
|                |        |        |        |        |
|                |        |        |        |        |
|                |        |        |        |        |
|                |        |        |        |        |
|                |        |        |        |        |
|                |        |        |        |        |
|                |        |        |        |        |
|                |        |        |        |        |
|                |        |        |        |        |
|                |        |        |        |        |
|                |        |        |        |        |
|                |        |        |        |        |
|                |        |        |        |        |
| 總            計 |        |        |        |        |

承辦單位：

職醫副執行長：

執行長：

附件十    基本服務量及額外補助請款領據

## 領 據

茲收到勞動部核發 年 月至 年 月之認可醫療機構基本服務量補助及額外補助共計

新臺幣 仟 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整。

醫療院所名稱：

統一編號：

地址：

院長或負責人簽章：

經辦人簽章：

匯款明細<sup>2</sup>：

請加蓋印信

<sup>2</sup> 請詳列金融機構名稱、分行別、帳號、戶名。以上「名稱」及「戶名」可接受「院所名稱」或「院所名稱+負責人姓名」，但不接受僅列「負責人姓名」或其他私人名義帳戶。

中 華 民 國 年 月 日