

檔 號：

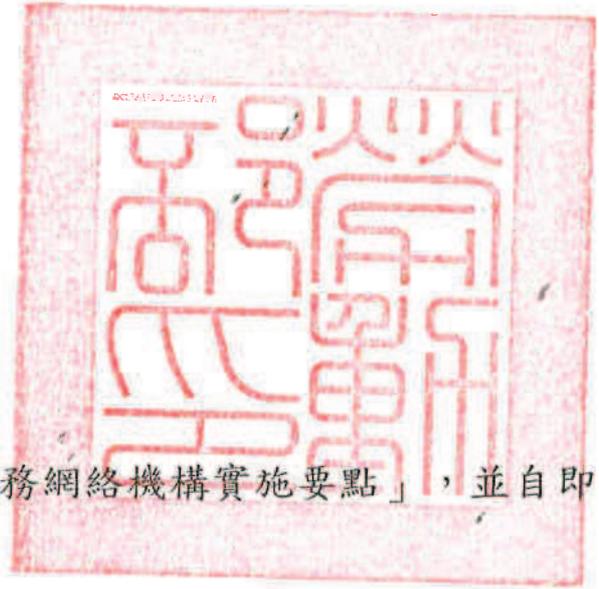
保存年限：

## 勞動部 令

發文日期：中華民國104年9月7日

發文字號：勞職授字第1040202839號

附件：



訂定「勞動部推動建置勞工健康服務網絡機構實施要點」，並自即日生效。

附「勞動部推動建置勞工健康服務網絡機構實施要點」

# 部長 陳雄文

# 勞動部推動建置勞工健康服務網絡機構實施要點

- 一、勞動部(以下簡稱本部)為推動建置我國勞工健康服務網絡機構，以提供企業與勞工可近性、持續性、周全性之臨廠健康服務及勞工個人健康諮詢服務(以下簡稱勞工健康服務)，協助雇主改善工作環境，促進職場勞工身心健康，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(以下簡稱本署)。
- 三、本要點用詞，定義如下：
  - (一)勞工健康服務中心：指由本署分區委託設立之勞工健康服務中心(以下簡稱勞健中心)。
  - (二)勞工健康服務網絡機構：指符合本要點之申請資格，經本署審核核定並登錄後，辦理第五點所定勞工健康服務之機關、法人或團體(以下簡稱網絡機構)。
- 四、申請登錄為網絡機構者，應具備下列條件之一：
  - (一)一般機構：聘有具勞工健康保護規則所定得從事勞工健康服務之醫師之下列機構：
    - 1.直轄市、縣(市)衛生主管機關設置之衛生所(室)或健康服務中心。
    - 2.依醫療法設立之醫療機構。
    - 3.經本部認可之勞工健康顧問服務類之職業安全衛生顧問服務機構。
  - (二)特殊機構：依心理師法設立之心理治療所或心理諮商所。
  - (三)其他經本署指定公告者。
- 五、網絡機構之勞工健康服務類型、項目及應辦理事項如下：
  - (一)臨廠健康服務類：
    - 1.服務內容：針對勞工人數二百九十九人以下之事業單位，依職業安全衛生法與勞工健康保護規則規定，提供職場健康危害評估、適性選配工、工作相關疾病預防及諮詢、肌肉骨骼疾病預防、母性保護、勞工身體或精神不法侵害之預防、中高齡勞工適性輔導、健康檢查異常之健康管理與指導、職務再設計、工作能力提升、職業災害後復工評估及工作環境改善等臨廠健康服務。

2. 服務基準量：每年須至少服務三家事業單位，每家事業單位以每年臨廠健康服務至少二次至三次。

3. 服務方式：

(1) 每次服務時間至少二小時至三小時。

(2) 同一事業單位之各次臨廠健康服務，應至少有一人為相同成員。

(3) 得依事業單位之需求與服務內容，邀請具有職業衛生護理、職業衛生、人因工程、職能治療、物理治療、心理(諮商)輔導等實務能力者，共同臨廠辦理健康服務。

(4) 應於臨廠服務前七日填報臨廠健康服務人員及排程資料，送各該轄區勞健中心核可；人員或排程因故異動者，亦同；未經核可者，該次臨廠健康服務不支給服務費。

4. 製作紀錄：

(1) 每次服務後七日內，應依勞工健康服務中心與服務網絡辦理臨廠健康服務之作業流程及標準(以下簡稱作業標準)撰寫(或上傳)服務紀錄。

(2) 應於臨廠服務後之三十日內完成臨廠健康服務建議報告書，並提供予事業單位及各該轄區勞健中心。

(二) 勞工個人健康諮詢服務類：

1. 服務內容：針對勞工健康需求，提供適性配工、健檢異常指導與評估建議、不法侵害預防、工作相關疾病預防、肌肉骨骼疾病預防、母性保護、中高齡勞工適性、職務再設計、工作能力提升與職業災害後復工等之個別評估及諮詢；需依據勞工之諮詢需求，由不同之專業人員提供服務，其分類如下：

(1) 一般性諮詢服務：由從事勞工健康服務醫師或護理人員提供勞工體格(健康)檢查異常或健康高風險勞工之個人健康指導。

(2) 特殊性諮詢服務：由職業醫學科專科醫師提供職業災害後復工、母性健康保護、中高齡勞工及特殊健檢結果異常等適性配工需求之專業諮詢服務。

(3) 心理性諮詢服務：經醫師評估有心理衛生諮商需求且應由心理師提供服務者，應透過各該轄區勞健中心協助轉介。

2. 服務方式：以網絡機構服務人員到廠，或勞工親至網絡機構接受服務，每人之服務時間，每次至少三十分鐘。
3. 製作紀錄：應於每次服務後七日內，依作業標準撰寫(或上傳)簡易諮詢(商)紀錄或於服務後十四日內完成適性評估建議報告書，並提供予勞工及各該轄區勞健中心。

六、網絡機構提供前點服務後，得經由轄區勞健中心向本署申請支給服務費，其支給標準如下，必要時，本部得調整之：

(一)臨廠健康服務類(以下均含紀錄與報告書撰寫)之服務費支給標準：

1. 符合服務基準量者：支給臨廠健康服務費，每年新臺幣(以下同)十萬元。
2. 未達服務基準量者：改以已執行臨廠健康服務場次支給費用，每場次支給八千元。
3. 超出服務基準量者：自所提供第四家事業單位臨廠服務起，改以臨廠健康服務場次計費，每增加一場次，支給八千元，每月以給付十場次為上限。
4. 網絡機構依前點第一款第三目之3規定，另邀請相關實務人員共同辦理臨廠健康服務者，按場次另支給服務費四千元。
5. 同一網絡機構當年度最高支給金額不超過五十萬元。

(二)勞工個人健康諮詢服務類之服務費支給標準：

1. 一般性諮詢服務(含簡易諮詢紀錄)：按服務勞工每人次支給五百元。
2. 特殊性諮詢服務(含勞工個人適性評估建議報告書)：按服務勞工每人次支給一千五百元。
3. 心理性諮商服務(含諮商紀錄)：按服務勞工每人次支給二千元。

(三)臨廠健康服務當次已支給臨廠健康服務費者，不再支給勞工個人健康諮詢服務費。

七、網絡機構之申請登錄期間、方式及應備文件如下：

(一)期間：由本署每年定期公告之，並依申請先後順序辦理，至當年度經費用罄為止。

(二)方式：符合第四點資格者，應檢具第三款應備文件於申請期間內，

依所在縣市別，按本署依前款公告所列各勞健中心服務區域，向各該轄區勞健中心提出申請。

(三) 應備文件：

1. 申請表(如格式一)。
2. 機構證明影本如下：
  - (1) 醫療機構：衛生主管機關核發之醫療機構開業執照證明。
  - (2) 職業安全衛生顧問服務機構：本部核發之職業安全衛生顧問服務機構認可證明。
  - (3) 特殊機構：衛生主管機關核發之心理治療所或心理諮商所開業執照證明。
3. 服務人員清冊(如格式二)及資格證明文件影本如下：
  - (1) 從事勞工健康服務之醫師：執業執照、具職業醫學科專科醫師資格或經從事勞工健康服務醫師訓練合格證明。
  - (2) 從事勞工健康服務之護理人員：執業執照、經從事勞工健康服務護理人員訓練合格證明。
  - (3) 心理師：執業執照。
4. 提供勞工個人健康諮詢服務之相關規劃文件(含服務方式、時段、地點與聯絡資訊等)。

八、申請之審查及登錄程序如下：

- (一) 各區勞健中心應於受理服務區內申請者之申請後三日內完成初審，並檢附各該申請文件送本署委託之非營利機構(以下簡稱統籌單位)進行複審。
- (二) 統籌單位應於收到各區勞健中心所送初審文件後五日內完成複審，將符合資格者，送本署核定後，登錄為網絡機構。

九、網絡機構服務費之申請及核計期間如下：

- (一) 服務費核計期間，自網絡機構經本署核定登錄日起至十一月三十日止為當年度勞工健康服務費核給期間，同年十二月一日至三十一日期間之勞工健康服務，列入翌年度服務費核算。
- (二) 申請時間：網絡機構應於每年六月一日及十二月一日前，填具服務費申領表，並備妥第三款應備文件，送各該轄區勞健中心審核。

(三) 應備文件(依實際服務情形檢附)如下：

1. 服務費用申領表(如格式三)。
2. 臨廠健康服務清冊(如格式四)及其服務紀錄與臨廠健康服務建議報告書。
3. 勞工個人健康諮詢服務清冊(如格式五)及其諮詢紀錄及勞工個人評估建議報告書。
4. 領據正本(如格式六)。
5. 撥款帳戶影本。

網絡機構提出之文件不齊全者，各該轄區勞健中心應通知其於三日內補正，逾期未補正者，該次申領不予審核及支給費用。

各區勞健中心應於每年六月五日及十二月五日前，彙整第一項第三款資料送統籌單位複審。

統籌單位應於收到前款資料後，五日內完成複審，並製作網絡機構服務費彙總表送本署核定後，辦理撥款作業。

十、網絡機構其他應辦事項如下：

- (一) 提供臨廠健康服務時，應依本署所定作業標準辦理。
- (二) 提供勞工個人健康諮詢服務，不得向勞工收取掛號費或使用健保資源。
- (三) 網絡機構應使其所屬醫護人員、心理師及心理諮商師等辦理勞工健康服務人員參加各該轄區勞健中心規劃辦理之教育訓練。
- (四) 申領之服務費，限用於辦理第五點之服務。
- (五) 提供勞工個人健康諮詢服務者，應於服務處所掛置本署所製「勞動部職業安全衛生署勞工健康服務網絡機構」字樣標誌之掛牌，並應有使勞工可清楚辨識諮詢服務時段、地點及聯絡資訊等標示。
- (六) 辦理本要點之勞工健康服務，所提供事業單位及勞工之建議報告書、諮詢及諮商紀錄及相關文件，應使用本署統一製作之網絡機構專用印章。
- (七) 配合本署、各該轄區勞健中心與統籌單位之實地查核，並提供相關資料。

十一、網絡機構及勞健中心之督導考核如下：

(一)各區勞健中心對所轄網絡機構，應負督導及協助之責。

(二)統籌單位應定期抽查網絡機構之執行成效，相關查核紀錄應至少留存三年。

(三)本署得查核或會同統籌單位實地考核各區勞健中心及網絡機構。

十二、網絡機構經本署登錄後，因故欲退出，或有人員異動致資格條件不符時，應主動以函文向本署申請退出。

網絡機構有下列情形之一者，本部將撤銷或廢止其資格，且追繳已支給之部分或全部服務費：

(一)申請資格文件或申領服務費之相關文件虛偽不實。

(二)未使具第四點資格之醫護人員或心理師親自辦理第五點服務。

(三)因故致資格條件不符，未依前項規定辦理退出，而仍辦理服務。

(四)未依本要點規定辦理服務或完成紀錄或報告(建議)書，經通知限期提出說明，屆期未說明或無正當理由。

(五)其他經事業單位或勞工提出違反商業機密或個人資料保護法，或不當推銷或收取費用，經查屬實，情節重大。

(六)拒絕、規避或妨礙本署或統籌單位之查核。。

前項經撤銷或廢止之網絡機構，自撤銷或廢止之日起三年內，不得申請為網絡機構。另涉及刑事責任者，依法移送偵辦。

格式一 勞工健康服務網絡機構申請表

|  |                                      |   |              |   |
|--|--------------------------------------|---|--------------|---|
| 申請<br>機構<br>基本<br>資料   | 機構名稱                                 |   | 機構負責人        |   |
|  | 機構地址                                 |   |              |   |
|  | 聯絡人                                  |   | 所屬部門/職稱      |   |
|  | 聯絡電話                                 |   | 傳真           |   |
|  | 電子郵件                                 |   |              |   |
| 申請<br>服務<br>類型   | <input type="checkbox"/> 臨廠健康服務類     |   | 職業醫學科專科醫師    | 人 |
|  |                                      |   | 從事勞工健康服務醫師   | 人 |
|  | <input type="checkbox"/> 勞工個人健康諮詢服務類 |   | 從事勞工健康服務護理人員 | 人 |
|  |                                      |   | 心理師          | 人 |
|  |                                      |   | 其他專業人員       | 人 |
| <b>機構切結</b>  |                                      |   |              |   |
| <p>一、茲聲明以上記載及所附文件均完全屬實，有虛偽不實情事者，願負一切法律責任，絕無異議。</p> <p>二、本機構經登錄為勞工健康服務網絡機構後，同意依循勞動部推動建置勞工健康服務網絡辦理臨廠健康服務實施要點辦理。</p> <p>申請機構名稱： (蓋印)</p> <p>負責人： (蓋印)</p> <p style="text-align: right;">申請日期： 年 月 日</p> |                                      |   |              |   |
| ※<br>審核<br>情形  | 初審                                   | <input type="checkbox"/> 符合資格<br><input type="checkbox"/> 不符合申請資格，原因(摘述)_____ |              |   |
|  | 複審                                   | <input type="checkbox"/> 符合資格<br><input type="checkbox"/> 不符合申請資格，原因(摘述)_____ |              |   |
|  |                                      | 轄區勞工健康服務中心(計畫主持人簽章)_____ <p style="text-align: right;">初審日期： 年 月 日</p>        |              |   |
|  |                                      | 統籌單位(計畫主持人簽章)_____ <p style="text-align: right;">複審日期： 年 月 日</p>              |              |   |

紙張格式：A4 ※欄內申請機構請勿填寫。

格式二 服務人員清冊

| 類別   | 姓名 | 執業執照字號 | 資格證明文件 | 備註 |
|------|----|--------|--------|----|
| 醫師   |    |        |        |    |
|      |    |        |        |    |
|      |    |        |        |    |
| 護理師  |    |        |        |    |
|      |    |        |        |    |
|      |    |        |        |    |
| 心理師  |    |        |        |    |
|      |    |        |        |    |
| 其他人員 |    |        |        |    |
|      |    |        |        |    |
|      |    |        |        |    |

### 格式三 服務費申領表

|  |  |  |  |   |      |   |      |
|--|--|--|--|---|------|---|------|
| 申領單位基本資料   | 機構名稱   |  |  | 機構地址  |      |   |      |
|  | 機構負責人  |  |  | 申領聯絡人   |      |   |      |
|  | 所屬部門   |  |  | 電子郵件  |      |   |      |
|  | 所屬勞工健康服務中心 <input type="checkbox"/> 北區 <input type="checkbox"/> 中區 <input type="checkbox"/> 南區 |  |  | 登錄網絡機構日期____年____月____日   |      |   |      |
| 申領類別及金額  |  |  |  | ※審核情形(網絡機構請勿填寫此欄)   |      |   |      |
| 臨廠健康服務類  |  |  |  | 初審結果  | 核給金額 | 複審結果  | 核給金額 |
| <input type="checkbox"/> 符合服務基準量，申領_____元<br>服務家數_____家，計_____場次   |  |  |  | <input type="checkbox"/> 符合<br><input type="checkbox"/> 不符合               |      | <input type="checkbox"/> 符合<br><input type="checkbox"/> 不符合               |      |
| <input type="checkbox"/> 未達服務基準量，申領_____元<br>服務家數_____家，計_____場次   |  |  |  | <input type="checkbox"/> 符合_____場次<br><input type="checkbox"/> 不符合_____場次 |      | <input type="checkbox"/> 符合_____場次<br><input type="checkbox"/> 不符合_____場次 |      |
| <input type="checkbox"/> 超出服務基準量，申領_____元<br>服務家數_____家，計_____場次   |  |  |  | <input type="checkbox"/> 符合_____場次<br><input type="checkbox"/> 不符合_____場次 |      | <input type="checkbox"/> 符合_____場次<br><input type="checkbox"/> 不符合_____場次 |      |
| <input type="checkbox"/> 相關實務專業人員共同臨廠健康服務<br>服務_____場次，申領_____元  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 符合_____場次<br><input type="checkbox"/> 不符合_____場次 |      | <input type="checkbox"/> 符合_____場次<br><input type="checkbox"/> 不符合_____場次 |      |
| 本類申領金額共計_____元   |  |  |  | 核給金額_____元  |      | 核給金額_____元  |      |
| 勞工個人健康諮詢服務類  |  |  |  | 初審結果  | 核給金額 | 複審結果  | 核給金額 |
| <input type="checkbox"/> 一般性個別健康諮詢服務<br>服務_____人次，申領_____元   |  |  |  | <input type="checkbox"/> 符合_____件次<br><input type="checkbox"/> 不符合_____場次 |      | <input type="checkbox"/> 符合_____件次<br><input type="checkbox"/> 不符合_____場次 |      |
| <input type="checkbox"/> 特殊性個別健康諮詢服務<br>服務_____人次，申領_____元   |  |  |  | <input type="checkbox"/> 符合_____件次<br><input type="checkbox"/> 不符合_____場次 |      | <input type="checkbox"/> 符合_____件次<br><input type="checkbox"/> 不符合_____場次 |      |
| <input type="checkbox"/> 心理性諮商服務<br>服務_____人次，申領_____元   |  |  |  | <input type="checkbox"/> 符合_____件次<br><input type="checkbox"/> 不符合_____場次 |      | <input type="checkbox"/> 符合_____件次<br><input type="checkbox"/> 不符合_____場次 |      |
| 申領總金額_____萬_____千_____百元整  |  |  |  | 核給總金額<br>_____萬_____千_____百元整   |      | 核給總金額<br>_____萬_____千_____百元整   |      |
| <p><b>網絡機構切結</b></p> <p>茲聲明以上記載及所附文件均完全屬實，有虛偽不實情事者，願負一切法律責任，並退還所有申領之服務費用，絕無異議。</p> <p>申領網絡機構名稱：_____ (蓋印)</p> <p>負責人：_____ (蓋印)</p> <p>申領日期：_____年_____月_____日</p> |  |  |  |   |      |   |      |

格式四 臨廠健康服務清冊

| 序號 | 服務事業單位名稱<br>/所在縣市(區鄉鎮) | 勞工<br>人數 | 臨廠健康服務月份與場次別/<br>相關實務專業人員共同臨廠健康服務場次別 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 各事業單<br>位服務場<br>次數/實務<br>專業人員<br>共同服務<br>場次數 | 備註 |    |  |
|----|------------------------|----------|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|----|----|--|
|    |                        |          | 12                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |  |    | 11 |  |
|    |                        |          |                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |    |    |  |
|    |                        |          |                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |    |    |  |
|    |                        |          |                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |    |    |  |
|    |                        |          |                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |    |    |  |
|    |                        |          |                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |    |    |  |
|    |                        |          |                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |    |    |  |
|    |                        |          |                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |    |    |  |
|    |                        |          |                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |    |    |  |

填表說明：

1. 當年度十二月一日至三十一日期間之服務費用，列入翌年度服務費用核算。
2. 「臨廠健康服務月份與場次別」(上)欄位，請於服務月份填入服務場次別，第一次臨廠健康服務請填 A，第二次請填 B，第三次請填 C，依此類推，例如：於 5 月第一次臨廠、7 月第二次、10 月第三次，共 3 次，則於 5 月欄位填 A，7 月欄位填 B，10 月欄位填 C，「各事業單位服務場次數」(上)欄位填 3。
3. 「相關實務專業人員共同臨廠健康服務場次別」(下)欄位，請於專業人員協助服務所對應月份，註記「※」，並於「實務專業人員共同服務場次數」(下)欄位，填入加總場次數。
4. 請於各該臨廠健康服務場次之服務紀錄右上方，註記序號與服務場次別，例如：序號 1 事業單位之第一次服務紀錄，請註記為 1A，序號 2 事業單位之第三次服務紀錄，請註記為 2C。
5. 所服務事業單位如係列為服務基準量者，請於備註欄敘明「基準量」。

格式五 勞工個人健康諮詢服務清冊

| 序號 | 勞工姓名 | 所屬事業單位名稱/<br>所在縣市(區鄉鎮) | 諮詢服務日期<br>(民國年/月/日) | 諮詢服務類型<br>A：一般性<br>B：特殊性<br>C：心理性 | 服務方式<br>A：人員到廠<br>B：勞工到機構 | 備註 |
|----|------|------------------------|---------------------|-----------------------------------|---------------------------|----|
|    |      |                        |                     |                                   |                           |    |
|    |      |                        |                     |                                   |                           |    |
|    |      |                        |                     |                                   |                           |    |
|    |      |                        |                     |                                   |                           |    |
|    |      |                        |                     |                                   |                           |    |
|    |      |                        |                     |                                   |                           |    |
|    |      |                        |                     |                                   |                           |    |
|    |      |                        |                     |                                   |                           |    |
|    |      |                        |                     |                                   |                           |    |
|    |      |                        |                     |                                   |                           |    |

填表說明：當年度十二月一日至三十一日期間之服務費用，列入翌年度服務費用核算。

## 格式六 領 據

茲領到勞動部職業安全衛生署下列款項：

|                      |                   |                               |                |
|----------------------|-------------------|-------------------------------|----------------|
| 事由                   |                   | _____年度勞工健康服務網絡機構辦理臨廠健康服務或諮詢費 |                |
| 領款單位                 |                   |                               |                |
| 金額                   |                   | 大寫                            | 新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整 |
|                      |                   | 小寫                            |                |
| 撥款<br>帳戶             | 金融<br>機構          | 名稱                            | _____銀行_____分行 |
|                      |                   | 代碼                            |                |
|                      | 戶名                |                               |                |
|                      | 帳號                |                               |                |
| 領款<br>單位<br>基本<br>資料 | 統一編號              |                               |                |
|                      | 聯絡電話              |                               |                |
|                      | 郵寄地址<br>(寄送扣繳憑單用) |                               | □□□-□□         |

以上如有虛報或浮報等情事，願負一切法律責任，除應追繳該部分補助經費外，如有涉及刑事責任者，依法移送偵辦

領款單位： (蓋印)

負責人： (蓋印)

中華民國 年 月 日

註：請務必正確填寫以上資料，並字體工整，以維權益。