

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

一、勞動部職業安全衛生署(以下簡稱本署)為使各區職業傷病防治中心(以下簡稱防治中心)建構職業傷病診治網絡，以提供職業傷病勞工更親近性之因果關係診斷及相關諮詢與轉介服務，並提升職業疾病通報率，特訂定本要點。

二、本要點用詞，定義如下：

(一)職業傷病診治網絡：指防治中心服務區域內符合申請資格，且有通報職業傷病意願之醫療機構，經檢具應備文件，向防治中心提出申請，並經本署核定者所構成之合作網絡。

(二)職業傷病通報者：指防治中心服務區域內符合申請資格，且有通報職業傷病意願之醫師，經檢具應備文件，向防治中心提出申請，並經本署核定者。

(三)職業傷病通報：指以網際網路傳輸方式，將職業疾病、疑似職業疾病及職業傷害個案資料傳送至本署所指定之職業傷病通報系統(以下簡稱通報系統)，且經防治中心及職業傷病管理服務中心(以下簡稱管理服務中心)確認完成作業之方式。

(四)職業疾病：指確定為暴露於工作活動危害風險因子所致之疾病。

(五)疑似職業疾病：指依現有資料研判職業致因之貢獻度未達百分之五十，未能排除與工作相關之疾病。該個案暴露資料雖不完全，尚無法確認為「職業疾病」，而其工作在工業衛生專家評估屬相關疾病高危險群，無法排除疾病與工作之因果關係者。

(六)職業傷害：指因職業意外所導致的死亡、傷害或疾病。

三、有通報職業傷病意願之醫療機構及醫師，應檢具申請文件就近向所在地區之防治中心提出申請。但所在地區無防治中心者，可就近跨區提出申請。

四、申請人應備資格

(一)職業傷病診治網絡之醫療機構(以下簡稱網絡醫院)：

1、職業傷病門診網絡醫院：具衛生福利部核發醫療機構開業執照，且由具有職業醫學科專科醫師資格執業醫師開設職業傷病門診之醫療機構。

2、非職業傷病門診網絡醫院：具衛生福利部核發之醫療機構開業執照，開設一般門診且該門診醫師具有辦理勞工體格及健康檢查認可醫療機構醫師職業醫學訓練或從事勞工健康服務醫師訓練合格資格之醫療機構。

(二)職業傷病通報者：服務於衛生福利部核發開業執照醫療機構且具執業執照之醫師。但不含前項開設職業傷病門診之網絡醫院醫師。

五、申請人應備文件

申請成為網絡醫院之醫療機構，應檢具下列文件，向防治中心提出申請：

(一)全國職業傷病診治網絡醫院及職業傷病通報者申請表(格式如附件一)。

(二)衛生福利部核發之醫療機構開業執照影本。

(三)開設職業傷病門診時間表。

(四)門診醫師之執業執照及職業醫學科專科醫師訓練合格證明影本。

申請成為非職業傷病門診之網絡醫院，應檢具前項第一款至第二款、門診醫師之執業執照及辦理勞工體格及健康檢查認可醫療機構醫師職業醫學訓練或從事勞工健康服務醫師訓練合格證明影本。

申請成為職業傷病通報者，應檢具第一項第一款申請表及醫師執業執照影本。

六、審查登錄作業程序

(一)防治中心應於受理申請後三日內，將申請文件送至管理服務中心辦理審查。

(二)管理服務中心應於收到文件後五日內完成審查，將符合資格者，送交本署並經本署核定後，登錄為網絡醫院或職業傷病通報者。

七、補助作業程序

(一)已登錄為網絡醫院及職業傷病通報者，補助期間溯至前年度十一月一日至當年度十月三十一日止。但當年度新加入者，補助起始時間為本署登錄日期。

(二)職業傷病門診網絡醫院應將職業傷病門診補助統計表(格式如附件二)、職業疾病通報補助表(格式如附件三)、補助收據正本(格式如附件四及附件五)及證明文件；另非職業傷病門診網絡醫院及職

業傷病通報者應將職業疾病通報補助表及補助收據正本，於每年六月一日及十一月一日前，送防治中心審查。

(三)防治中心應於每年六月五日及十一月五日前，彙整前款資料送管理服務中心審核。

(四)管理服務中心應於受理前款資料後，於七日內完成審核，並製作補助費彙總表送本署核定後，辦理撥款作業。

八、補助項目

網絡醫院及職業傷病通報者之補助項目如下：

(一)開設職業傷病門診網絡醫院，每週最多補助二診次，每診次補助網絡醫院新臺幣(以下同)一千五百元。

(二)網絡醫院醫師或職業傷病通報者診治之個案，經診斷為疑似職業疾病，並通報至通報系統，及檢附疑似職業疾病診斷報告及轉介單(格式如附件六)傳送至防治中心，符合附表一所列之疑似職業疾病類型者，依該表補助通報及轉介醫師費用。

(三)前款通報及轉介之疑似職業疾病個案，由防治中心提供後續診治服務並經管理服務中心審查確認為職業疾病者，每完成一個通報個案，依附表二所列之職業疾病類型，補助通報及轉介醫師費用。

(四)網絡醫院醫師或職業傷病通報者診治之個案診斷為職業疾病，並完成通報至通報系統，經管理服務中心審查確認為職業疾病者，每完成一個通報個案，依附表二所列之職業疾病類型，補助通報醫師。

(五)通報醫師完成疑似職業疾病和職業疾病個案通報至通報系統，經管理服務中心審查確認為職業疾病者，檢附疑似職業疾病現場訪視報告(格式如附件七)，每份訪視報告補助二千五百元；檢附職業疾病評估報告書者(格式如附件八)，每份評估報告補助二千五百元。

九、網絡醫院及職業傷病通報者應辦事項

(一)網絡醫院

1、辦理職業疾病、疑似職業疾病、職業傷害個案通報：應依本署職業傷病防治中心及職業傷病診治網絡醫院職業傷病通報程序書、管理服務中心之職業傷病個案通報規定辦理。

2、參加所屬防治中心或管理服務中心舉辦之相關活動：應參加所屬

防治中心或管理服務中心舉辦之相關個案研討活動。

3、配合管理服務中心實地查核：本署、防治中心及管理服務中心實地查核業務時，網絡醫院應配合辦理並提供相關資料。

4、開設職業傷病門診者，應有使勞工可清楚辨識職業傷病門診時間之標示、將門診資訊登載於該網絡醫院之門診時間表單或網頁及使醫療機構內掛號或服務台相關人員清楚瞭解該職業傷病門診的服務，以協助職業傷病勞工看診。

5、開設職業傷病門診者，應於醫療機構門口適當處所掛置本署提供之「勞動部職業安全衛生署職業傷病診治網絡醫院」字樣標誌掛牌及依本補助費用所提供服務之相關文件報告，應使用本署統一製作之服務網絡專用印章。

(二)職業傷病通報者：辦理職業疾病、疑似職業疾病及職業傷害個案通報。

十、督導考核：

(一)防治中心對於所轄網絡醫院，應負督導及協助之責。

(二)本署得查核或會同管理服務中心實地查核防治中心及網絡醫院。

(三)經本署核定為網絡醫院，經查證前兩年度均未提供職業傷病門診服務及申請本要點補助者，防治中心應請該網絡機構限期提出說明，如未提出說明或無正當理由者，得由防治中心函請本署廢止其網絡醫院資格。

十一、申請人有下列情形之一者，不予補助；已補助者，得撤銷或廢止原補助，並以書面行政處分限期命其返還所領取之補助：

(一)申請文件(含支付憑證核銷資料)虛偽不實。

(二)申請補助資格條件不符。

(三)職業醫學科專科醫師未親自門診、未辦理職業疾病、疑似職業疾病及職業傷害個案通報或通報不實。

(四)其他未依本要點規定辦理。

十二、有第十一點事實者，本署得將其列為三年內不予補助對象，涉有刑責者，另移請司法機關偵辦。

十三、其他應配合事項

- (一)網絡醫院或職業傷病通報者經本署登錄後，得隨時退出。但需以書面文件方式向本署申請退出，開設職業傷病門診網絡醫院並需繳回第九點第一款之「職業傷病診治網絡醫院」標誌掛牌及專用印章。
- (二)網絡醫院職業傷病通報量不佳者，本署得要求提出說明，未提出說明或無正當理由者，得列為一年內不予補助之對象。
- (三)網絡醫院當年度職業疾病、疑似職業疾病之通報量，逾前一年度總通報量百分之十者，得另給予獎勵。

附表一 疑似職業疾病通報及轉介補助費用標準表

疑似職業疾病類型	費用(新臺幣)
疑似職業性癌症	250元
疑似職業暴露石棉引起之疾病 (非癌症類型)	250元
疑似塵肺症	250元

附表二 職業疾病通報補助費用標準表

職業疾病類型	費用(新臺幣)
職業性癌症	1,500 元
職業暴露石棉引起之疾病 (非癌症類型)	1,000 元
塵肺症	1,000 元
其他職業疾病	500 元
職業性聽力損失	250 元

全國職業傷病診治網絡醫院及職業傷病通報者申請表

一、申請類別： ☐ 職業傷病診治網絡醫院 (☐ 開設職業傷病門診 ☐ 非開設職業傷病門診) ☐ 職業傷病通報者 (請擇一勾選)																																							
二、參加區域：_____區職業傷病防治中心(僅限參加所在地區之一家防治中心) 防治中心名稱： <u>○○○醫院</u>																																							
三、申請加入日期：民國_____年_____月_____日																																							
四、申請醫療機構名稱 (或通報醫師姓名)： 聯絡地址： 證明文件： ☐ 醫療機構開業執照證明影本 ☐ 醫師執業執照證明影本 (請勾選)																																							
五、醫療機構負責人：_____ (申請職業傷病通報者免填)																																							
六、醫療機構開設門診之醫師姓名：_____；簽名：_____ 證明文件： ☐ 具職業醫學專科醫師證明影本 (申請職業傷病通報者免填)																																							
七、每週開設職業傷病門診時間(請打勾)： <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>時段</th> <th>星期一</th> <th>星期二</th> <th>星期三</th> <th>星期四</th> <th>星期五</th> <th>星期六</th> <th>星期日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上午</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 證明文件：本門診時間列於醫院門診時間表或公告於醫院網頁之證明文件影本。若門診為其他診治科別所提供之服務，亦應有可同時提供勞工職業傷病門診之說明文字，例如：家庭醫學科 (同時提供職業傷病門診)。 (申請職業傷病通報者免填)								時段	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日	上午								下午								夜間							
時段	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日																																
上午																																							
下午																																							
夜間																																							
八、醫療機構通報者姓名：_____；職稱：_____；服務單位 (科別)：_____ 生日：_____；身份證字號：_____；聯絡電話：_____ 傳真：_____；E-mail：_____ (以上資料僅作為通報帳號申請使用)																																							
九、服務區域防治中心： ☐ 區職業傷病防治中心 (☐ 醫院) 計畫主持人簽名：_____ 民國_____年_____月_____日																																							
十、職業傷病管理服務中心審查結果： 計畫主持人簽名：_____ 民國_____年_____月_____日																																							
十一、登錄日期：民國_____年_____月_____日 ※登錄日期為職業安全衛生署核定通過之發文日期。																																							

醫院職業傷病門診補助統計表

一、開設門診醫師姓名：

二、申請門診補助期間： 年 月 日至 年 月 日

三、開設職業傷病門診時間：

四、申請門診補助總診次： 診次

月份	看診日期	診次	申請費用	備註
總 計				

註：1.請網絡醫院於右上角蓋印。

2.「申請補助之看診日期」欄位，請依本要點第八點規定每週最多補助兩診，配合填列貴單位規劃申請補助之實際開診日。

3.颱風假及連續假期照常開診或配合休診，與每月門診表訂開診時間因故休診等，均須於「備註欄」確實說明。

附件三

_____醫院 _____年第_____次職業疾病通報補助表

● 所屬職業傷病防治中心醫院名稱：

編號	疾病診斷類別 (勞保表列/非勞保表列)	職業疾病 ICD 分類	系統編號	網絡醫院名稱	通報醫師	個案姓名	身份證字號	品質審查 通過日期

註1：個案姓名及身分證字號等個人資料請予以適當遮隱(如王○明，A12345****)，以避免個案資料外洩。

註2：職業傷病防治中心審核後，請於右上角蓋印。

門 診 補 助 收 據

茲領到勞動部職業安全衛生署下列款項：

事由		____年度補助全國職業傷病診治網絡醫院及職業傷病通報者補助款					
補助類型		☐ 職業傷病門診（共____診次）					
領款單位							
金額		大寫	新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整				
		小寫					
撥款 帳戶	銀行	_____銀行 _____分行					
	戶名						
	帳號						
領款 單位 基本 資料	統一編號						
	聯絡電話						
	郵寄地址 (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。

附件五

通 報 補 助 收 據

茲領到勞動部職業安全衛生署下列款項：

事由	年度補助全國職業傷病診治網絡醫院及職業傷病通報者補助款		
補助類型	☐ 職業疾病通報(共_____例)，分別為： 職業性癌症_____例、 職業暴露石棉引起之疾病(非癌症)與塵肺症_____例、 職業性聽力損失_____例、 其他職業疾病_____例 ☐ 附表一所列之疑似職業疾病通報及轉介(共_____例) ☐ 疑似職業疾病現場訪視報告(共_____份) ☐ 職業疾病評估報告書(共_____份)		
領款人 (姓名)			
金額	大寫	新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整	
	小寫		
撥款 帳戶	銀行	_____銀行 _____分行	
	戶名		
	帳號		
領款人 基本資料	身分證字號		
	聯絡電話		
	郵寄地址 (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

領款人：

(簽名)

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。

附件六

網絡醫院疑似職業病診斷報告及轉介單

姓 名		性 別	☐ 男 ☐ 女	生 日	
電 話		地 址			
疾病類型 (疾病名稱)	☐ 疑似職業性癌症： ☐ 疑似職業暴露石棉引起之疾病（非癌症類型）： ☐ 疑似塵肺症 ☐ 疑似其他職業疾病：				
職業 暴露狀況	1.與本次疾病可能相關之工作： 2.可能之暴露危害因子： 3.可能之暴露劑量與暴露期間：				
個案轉介 意願	個案是否有意願至職業傷病防治中心接受更詳細之診斷評估： ☐ 是 ☐ 否 並同意將個人資料提供該中心，所有資料將依個人資料保護法規定，僅作為職業傷病診斷及相關服務使用： ☐ 同意 ☐ 不同意 經醫師解釋，已瞭解轉介原因及目的，請於下方簽名 個案簽名：				
同意轉介 日期	民國_____年_____月_____日				

疑似職業疾病通報日期	☐ 完成 本案通報系統編號： ☐ 未完成 民國_____年_____月_____日	
轉介醫師與 網絡醫院	(醫師簽名或蓋章)	(網絡醫院方章)
防治中心 診治結果	☐ 職業病並已完成通報 本案通報系統編號： ☐ Probable ☐ Possible ☐ Not related ☐ Insufficient information ☐ 非職業疾病 註：本欄位由防治中心填寫	
轉入職業傷 病防治中心	(防治中心方章)	

註：防治中心需將本文件妥善保存，作為網絡醫院醫師申請費用之審查依據。

附件七

疑似職業疾病現場訪視報告

訪 視 日 期		民國_____年_____月_____日		
訪 視 地 址				
參與訪視人員				
個案疑似 職業疾病名稱			ICD	
個案自述相關 職業暴露情形				
現場訪視目的 (尚缺乏之證據)		☐ 調查作業環境危害因子 ☐ 瞭解實際工作流程 ☐ 蒐集作業環境暴露證據 ☐ 其他：_____		
工作 現場 訪視 及 暴 露 調 查 分 析	實際工作流程 (含作業方式、 作業環境及雇主 提供之防護措 施)	應檢附工作現場訪視之實境照片		
	可能之危害暴 露來源分析	一、危害性質： ☐ 物理性 ☐ 化學性 ☐ 生物性 ☐ 人因性 ☐ 心理負荷 二、危害描述：(定性或定量說明，敘明可能之危害因素 如作業方式或原物料暴露等)		

	現場暴露評估 或環境採樣及 分析結果	
	補充事項 (其他納入考 量事項)	
網絡醫院專用章	以上現場訪視經本院職業醫學專科醫師評估內容屬實並審核報告撰寫完整。且本報告之現場訪視醫師，非屬該受訪視之事業單位，雇主依勞工健康保護規則所僱用或特約從事勞工健康服務醫師，辦理臨場健康服務者。 主治醫師簽(章)名：	
防治中心專用章	◆本案通報系統編號： _____ 本案經檢視職業傷病通報品質審查確屬： ☐ Probable(確認相關、極可能相關) ☐ Possible(可能相關，但機會未必大於50%) 得申請訪視報告補助。	
職業傷病管理服務中心受理本申請案，審核通過後特予核章。		

附件八

職業疾病評估報告書

姓名		性別	☐ 男 ☐ 女
身分證號碼		病歷號碼	
連絡電話		出生日期	民國 年 月 日
地址			
診斷病名			
提供資料者	☐ 本人 ☐ 家屬 ☐ 其他：	病人是否 已往生	☐ 是 ☐ 否
綜合該患者之臨床表現，職業暴露史及檢查數據，該患者職業疾病之評估結果： ☐職業疾病 ☐執行職務所致疾病或與作業有相當因果關係疾病 ☐非職業疾病 依據「勞工保險職業病種類表」： ☐符合種類表之第____類，第____項。 或增列勞工保險職業病種類之第____類，第____項。 ☐未列於職業病種類表			
網絡醫院專用章	以上病人經本院職業醫學專科醫師評估屬實 特予此報告。 主治醫師： 職醫專醫字第_____號 開具日期：中華民國 年 月 日		

一、疾病證據

(係指診斷職業疾病的先決條件，必須要有疾病的發生。)

(一)過去病史：

(二)身體檢查與臨床發現：

(三)診斷工具(實驗室檢查、影像檢查、神經傳導檢查、肺功能檢查等)：

(四)疾病確診日期：(請註明個案至職業病門診初診日期及職業病確診日期)

二、職業暴露證據

(係指職業暴露物質與疾病發生的相關性；即在工作中，是否確實存在某種化學性、物理性、生物性、人因性的危害暴露或重大工作壓力事件，以及該項暴露有足夠強度及累積時間。暴露資料的調查與蒐集，是確立職業疾病診斷極為重要的一環，通常以工作現場的訪視評估與現場作業環境測定等方式進行。)

(一)資料來源：

☐廠訪（請檢附疑似職業病現場訪視報告，以下可簡略敘述）

☐提供現場照片或影片（請附）

☐詳細問診資料

(二)職業別：

(三)工作史：

(四)工作場所評估：

三、罹病時序性

(係指從事工作前未有該疾病，從事該工作後，經過一段時間才發病。)

四、文獻一致性

(係指經流行病學與相關醫學文獻研究，顯示該疾病與某種職業環境或工作形態，具有相當強度之相關性)

五、考量其他致病因素

(除上述因素之考量外，另需合理考量其他可能之致病因子，才能判斷疾病的發生是否係由職業因素所引起。)

六、綜合評估結果

七、參考文獻

◎本評估報告，僅提供勞保職業病給付申請之用，實際認定之結果依勞工保險局之審定結果為依據。