檔號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會　函

地址：台北市復興北路420號10樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：蘇晟瑜(02)25000133轉223
電子郵件信箱：leosu@cda.org.tw

請加入牙醫全聯會LINE@

受文者：詳如正本收文者

發文日期：中華民國114年7月2日
發文字號：牙全岳字第00087號
速別:普通件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：衛生福利部114年6月24日衛部醫字第1140124886號函影本

主旨：函轉衛生福利部有關勞動部勞工保險局修正勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書部分欄位，敬請　查照並轉知所屬會員醫師。

說明：依據衛生福利部114年6月24日衛部醫字第1140124886號函辦理，隨函檢附影本乙份。

正本：各縣市牙醫師公會

理事長陳世岳

本案依照分層負責規定
授權 理事會 審議委員會 主委決行

檔　　號:
保存年限:

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：林小姐
聯絡電話：02-85906666　分機：7381
傳真：02-85907087
電子郵件：mdroxaanne@mohw.gov.tw

受文者：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國114年6月24日
發文字號：衛部醫字第1140124886號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (A21000000I_1140124886_doc1_Attach1.PDF、A21000000I_1140124886_doc1_Attach2.pdf)

主旨：轉知勞動部勞工保險局修正勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書部分欄位（如附件），請協助轉知貴轄各醫療機構配合辦理，請查照。

說明：依據勞動部勞工保險局114年6月10日保職失字第11460137400號函辦理。

正本：地方政府衛生局
副本：中華民國醫師公會全國聯合會(含附件)、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(含附件)、中華民國中醫師公會全國聯合會(含附件)、本部中醫藥司(含附件)、本部口腔健康司(含附件)、勞動部勞工保險局 電子公文交換章 2025/06/24 13:08:20

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 發文附件專用章

檔　　號:
保存年限:

勞動部勞工保險局 函

地址：100232臺北市中正區羅斯福路1段4號
承辦人：陳小姐
電話：02-23961266#1310

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國114年6月10日
發文字號：保職失字第11460137400號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明三（60137400A0D_ATTCH1.pdf）

主旨：為防制勞保黃牛，本局修正勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書部分欄位，惠請協助轉知各醫療院所配合辦理，共同維護被保險人失能給付權益，請查照。

說明：

一、近來偶有勞保代辦業者(即俗稱之勞保黃牛)以理賠顧問公司或專業代理人之名義，利用勞工資訊落差，從中招攬代辦申請保險給付並索取高額佣金，甚有佯裝較嚴重失能程度以詐領保險給付之情事，損害勞工權益及影響勞工保險制度。

二、為從源頭加強管理，防杜勞保黃牛及不法情事，本局已修正「勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書」部分欄位，增列「是否有非家屬人員陪同病患到診」之勾填項目，請惠予協助轉知各級醫療院所所屬醫師於開立失能診斷書時，確實勾選本次新增之欄位，俾利本局判斷是否有疑似代辦介入，適時提醒勞工注意自身權益。

三、檢附勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書(樣本)供參。

總收文 114.06.11
1140124886

正本：衛生福利部
副本：勞動部勞工保險局職業災害給付組失能給付科*1310 電子公文交換章 2026/02/11 08:31:19

裝 訂 線

勞工保險(勞工職業災害保險)失能診斷書

◎請醫師開具診斷書前先行詳閱本表應注意事項及各項失能說明

勞動部勞工保險局受理號碼

姓名		出生日期	年 月 日	身分證(居留證或護照號碼)	
住址	□□□-□□□ 縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷弄 號 樓			聯絡電話	住家：( ) 手機：
自述事項	傷病初發時間	年 月 日 時 分		傷病發生地點	
	傷病原因			曾就診之醫療院所名稱及時間	

造成失能之傷病及在本院之診療情形		
診斷失能之傷病名稱	國際疾病代碼(ICD-10)	初診日期
		年 月 日 時 分
治療經過		住院診療期間(住院超過3次以上者，請填寫最後3次期間)
		自 年 月 日至 年 月 日 自 年 月 日至 年 月 日 自 年 月 日至 年 月 日 共住院____次；目前是否仍住院中 □是 □否
與本次失能有關之病症及病史		門診診療期間
		自 年 月 日至 年 月 日 共門診：□10次以下(____次) □10次以上
失能部位	病歷號碼	與失能部位相關之最後一次： □手術日期 ____年____月____日 (手術名稱：) □放射(化學)治療日期 ____年____月____日

本失能診斷書係依 □病患親自到診 □ 年 月 日病歷 診斷出具

【□是 □否】有「非」家屬人員陪同病患到診

本診斷書所列失能症狀經本醫師親自診斷，特此證明

全民健康保險特約醫療院所名稱：____________________

醫事機構代碼：____________ 電話：____________

開業執照：____________字第____________號

地　址：________________________

院長(負責人)：____________ 簽章：____________

診斷醫師：____________ 簽章：____________

專科醫師證照號碼：科別：______科______字第______號

診斷書出具日期： 年 月 日

請蓋印信或圖記

114.03