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				身分證統一編號		
保險事故	保險事故日		疾病名稱或傷害原因		失能標準	失能第　　號
	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		名稱				
	經辦人		人事主管		主管		
	聯絡電話	(　)					

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：**

機關(學校)
印信或公保專用章

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。