

海巡人員醫療照護補助費及慰問金申請要點

海巡人員醫療照護公益信託基金諮詢委員會 108 年 7 月 11 日海信託字第 1080000003 號函訂定

海巡人員醫療照護公益信託基金諮詢委員會 108 年 9 月 2 日海信託字第 1080000008 號函修正

海巡人員醫療照護公益信託基金諮詢委員會 108 年 10 月 21 日海信託字第 108000017 號函修正

一、為辦理海巡人員醫療照護公益信託基金（以下簡稱本公益信託）之海巡人員醫療照護、安置就養、死亡濟助、傷病死亡慰問、健康管理事項、團體保險自費專案、因公涉訟等補助費及慰問金申請事宜，特訂定本要點。

二、本要點用詞，定義如下：

- (一) 照護(補助)對象：照護對象指因公傷病、失能、死亡或涉訟之海洋委員會海巡署(以下簡稱海巡署)及所屬機關(構)(以下簡稱海巡機關(構))人員；另團體保險自費專案之保險費補助及健康管理事項之補助，其對象為各海巡機關(構)現職人員，不包含眷屬。
- (二) 醫療照護：指照護對象至全民健康保險特約醫療院所就診、住院或出院就同一傷病之門診繼續醫療之照護。
- (三) 安置就養：指照護對象達公教人員保險失能給付標準附表所定半失能或軍人殘等區分標準表所定二等殘以上，自行至政府立案之公私立社會福利機構、醫療療養機構、護理之家，或以居家照護方式就養。
- (四) 團體保險自費專案：指海洋委員會公務人員協會簽訂之團體保險自費專案。
- (五) 健康管理事項：指各海巡機關(構)推動身心健康自主管理事項(健康檢查)。
- (六) 因公涉訟：指依法執行職務致涉及民事、刑事訴訟案件之照護。

三、本要點補助及慰問項目如下：

- (一) 醫療照護及安置就養。
- (二) 死亡濟助。
- (三) 因公傷病、死亡之慰問。
- (四) 團體保險自費專案之保險費補助。
- (五) 健康管理事項。
- (六) 因公涉訟照護。

四、照護對象有下列情形之一者，經本公益信託諮詢委員會（以下簡稱諮詢委員會）審議認定，給與醫療照護及安置就養：

- (一) 執行職(公)務發生意外受傷、死亡或突發疾病。
- (二) 公差發生意外受傷、死亡或突發疾病。
- (三) 在辦公場所發生意外受傷、死亡或突發疾病。
- (四) 其他經諮詢委員會認定之情事。

五、照護對象因醫療照護所需之藥物、器材或其他必要費用，由諮詢委員會視案情依下列情形酌予補助：

- (一) 全民健康保險法及其施行細則應自行負擔之費用。
- (二) 醫師指定之必要費用。

(三) 相關醫療所需非具積極治療性裝具之費用。

(四) 經諮詢委員會認定屬必要性治療之費用。

前項補助金額按月核實支付，並以一萬元為上限。但有特殊情形，經諮詢委員會審議認定，不在此限。

受醫療照護之人員，達公教人員保險失能給付標準附表所定半失能或軍人殘等區分標準表所定二等殘以上，依公務人員退休資遣撫卹法、陸海空軍軍官士官服役條例退休(伍)或資遣者，其醫療照護依前二項規定辦理。

六、照護對象之安置就養，補助基準如附表一。

照護對象經依法辦理命令退休(伍)或資遣者，其安置就養依前項規定辦理。

七、照護對象因公致死亡，其遺族符合下列情形之一者，經諮詢委員會審議認定得按月補助一萬元之死亡濟助金：

- (一) 原負擔家庭生計人員因公死亡，其他家屬負擔家庭生計困難者。
- (二) 在卹遺族患有中度以上身心障礙或重大傷病。
- (三) 家庭依社會救助法核列為低收入戶。

每月補助之死亡濟助金，自照護對象因公死亡之當月起，按月發給，最多以一百二十個月為限。但其有未成年子女者，得於期限屆滿後繼續補助至成年為止；子女雖已成年，仍在學就讀者，得繼續補助至取得學士學位止。

前項所定在學就讀者，以就讀國內學校具有學籍之學生，且在法定修業年限之就學期間為限；就讀大學或獨立學院者，以取得一個學士學位為限。

八、申請醫療照護、安置就養及死亡濟助補助費，應由本人、配偶、法定代理人或最近親屬二人，自因公傷病、失能或死亡確定日起六個月內，檢具因公傷病、失能醫療照護、安置就養及死亡濟助費用補助申請表(以下簡稱申請表，如附表二)一式二份連同下列證明文件，向照護對象之原服務機關(構)提出申請，經由受理申請機關(構)先行初審後報海巡署複審，轉諮詢委員會審議認定：

(一) 醫療照護：

- 1、全民健康保險特約醫療院所出具診斷證明書(須備註說明經醫生診斷後，需長期持續醫療照護者)。
- 2、達公教人員保險失能給付標準附表所定半失能以上者，並應檢附中央衛生主管機關評鑑合格醫院出具之公教人員保險失能證明書。
- 3、達軍人殘等區分標準表所定二等殘以上者，應檢附國防部傷殘通報令。
- 4、全民健康保險特約醫療院所或藥局開立之收據或發票。

(二) 安置就養：

- 1、自行至政府立案之公私立社會福利機構、醫療療養機構或護理之家就養證明及收據或發票(居家照護者免附)。
- 2、中央衛生主管機關評鑑合格醫院出具之公教人員保險失能證明書(含造成失能原因)或中華民國身心障礙證明。
- 3、診斷證明書(須備註說明經醫生診斷後，需長期安置就養者)。
- 4、中央衛生主管機關評鑑合格醫院出具之巴氏量表。

(三) 死亡濟助：

- 1、戶口名簿影本。
- 2、權責機關核發之撫卹金證書。
- 3、前點各款情形之證明文件。

本人、配偶、法定代理人或最近親屬二人，不能申請或無人提出申請時，得由其服務機關（構）代為提出申請。

第一項所定安置就養及死亡濟助補助費，自照護對象因公傷病、失能或死亡確定日之當月起發給，並於首次申請時，一次發給當年所餘月數之補助。

醫療照護、安置就養及死亡濟助補助費之申請期程，除首次申請外，應於每年一月及七月為之，並應依申請類別檢具申請表以外之各類證明文件，依第一項程序辦理。

九、各海巡機關(構)所屬人員有下列情形之一者，經諮詢委員會審議認定，給與一次性慰問金：

(一) 執行職(公)務、公差、在辦公場所或上、下班途中發生意外或突發疾病以致死亡者，發給其遺族新臺幣十萬元。

(二) 執行職(公)務、公差、在辦公場所或上、下班途中發生意外受傷或突發疾病者發給受傷慰問金：

1. 傷勢嚴重住院急救有生命危險者，發給二萬元。
2. 傷勢嚴重連續住院三十日以上者，發給一萬八千元。
3. 連續住院二十一日以上，未滿三十日者，發給一萬六千元。
4. 連續住院十四日以上，未滿二十一日者，發給一萬三千六百元。
5. 連續住院七日以上，未滿十四日者，發給1萬元。
6. 連續住院未滿七日者，發給五千元。
7. 未住院治療七次以上者，發給三千元。
8. 未住院治療未滿七次者，發給二千元。

(三) 其他經諮詢委員會審議認定之因公傷病、死亡情事，最高發給新臺幣十萬元為限。

申請因公傷病、死亡慰問金，應由本人、配偶、法定代理人或最近親屬二人，自因公傷病或死亡確定日起三個月內，檢具因公傷病、死亡慰問金申請表（附表三、四）一式二份及相關證明文件，向原服務機關（構）提出申請，經由受理申請機關（構）先行初審後報海巡署複審，轉諮詢委員會審議認定。

慰問金之發放，得免經申請程序，授權由諮詢委員會主任委員逕行核定，再提諮詢委員會追認。

十、團體保險自費專案之保險費補助，由原服務機關(構)提供投保人名冊，報海巡署彙整，轉諮詢委員會審議認定。

前項補助基準，得參考海巡署當年補助之軍職團體保險費與團體保險自費專

案之差額，酌予補助。

十一、各海巡機關（構）為促進海巡人員身心健康，經諮詢委員會審議認定，就該機關（構）年度健康檢查預算不足部分，得酌予補助。

前項補助基準，以當年度符合健康檢查條件者，依中央機關(構)員工一般健康檢查補助標準表、國軍醫院受理部外軍職人員軍事任務體檢及年度體檢檢查項目與收費基準表之補助基準辦理補助。但經機關（構）補助健康檢查費用者，不再給予補助。

十二、海巡人員依法執行公務，涉及民事、刑事訴訟案件，經服務機關（構）審認確屬因公涉訟案件，所需延聘律師之費用，由服務機關（構）依法編列預算支應，不足之部分，得經諮詢委員會審議認定後酌予補助。

十三、下列人員因公傷病、失能或死亡者，準用本要點醫療照護、安置就養、死亡濟助及傷病死亡慰問等事項：

（一）分配各海巡機關(構)訓練之考試錄取人員與錄取海巡專業軍官、志願士兵接受訓練及分科教育人員。

（二）中央警察大學、臺灣警察專科學校學（員）生於海巡機關(構)實習或支援協助執行勤務之人員。

（三）經政府單位登錄之災害防救團體、災害防救志願組織，應海巡機關（構）之請協助執行海巡勤務之人員。

十四、海巡署人員於本要點實施前，因公傷病、失能或死亡之案件，得由諮詢委員會視本公益信託經費狀況核予醫療照護、安置就養或死亡濟助金補助。

前項得溯及補助之期間、申請程序及發給作業等事項，由諮詢委員會定之。

十五、本要點各項補助及慰問基準，得由諮詢委員會視本公益信託經費、個案狀況審酌調整。

附表一

因公傷病致全失能或半失能就養基準表		
單位：每月新臺幣(元)		
類別	基準	
	全失能	半失能
生活自理能力 巴氏量表評量 指數六十一分 以上者	15,000	10,000
生活自理能力 巴氏量表評量 指數六十分以 下者	25,000	
說明	一、以居家照護方式就養，由諮詢委員會視案情審議認定酌予補助。 二、軍職因公一等殘者，比照全失能補助；二等殘者，比照半失能補助。 三、身心障礙等級為極重度、重度者，比照全失能補助；等級為中度者，比照半失能補助。	

海巡人員醫療照護公益信託基金

因公傷病、失能醫療照護、安置就養及死亡濟助費用補助申請表

附表二

申請日期： 年 月 日

機關 (單位) 名稱		部門、 單位、 別稱		當事人 當職	
當事人 姓名		當事人 身分證 字號		出生 日期	年 月 日
申請人 姓名	簽章		申請人 與當事人 關係及資料 (擇一)	<input type="checkbox"/> 同當事人 <input type="checkbox"/> 關係：_____	
申請人 聯絡 電話	(公):() (宅):() 手機：	聯 絡 地 址	戶籍地：□□□ 通訊地：□同戶籍地 □□□		
申請 類別	<input type="checkbox"/> 醫療照護 <input type="checkbox"/> 安置就養	失能等級 (無則免勾)	<input type="checkbox"/> 全失能 <input type="checkbox"/> 半失能	確 定 失 能 (死 亡) 日 期	____年__月__日
安 置 就 養 類 (擇一)	<input type="checkbox"/> 1. 自行至政府立案之公私立社會福利機構、醫療療養機構及護理之家就養 機構名稱：_____ 地址：_____ 電話：_____				
申 月 請 份	____年__月至__年__月	申 次 請 數	第_____次申請		申 請 金 額 (元)
匯 款 帳 戶	銀 行 分 行 全 稱	銀 行 代 碼 (含 分 行 共 7 碼)	受 款 帳 號	戶 名	
事 件 摘 要	(請服務機關協助查填) 發生時間： 年 月 日 時 分 發生地點： 發生經過(請詳述)：				
海 洋 委 員 會 海 巡 署 及 所 屬 各 分 署 、 中 心	承 辦 機 關				承 辦 主 管
	承 辦 人				督 察 主 管
	電 話				人 事 主 管
	電 郵 子 件				機 關 首 長

檢 附 文 件	<input type="checkbox"/> 1.原服務機關函文正本。 <input type="checkbox"/> 2.當事人「服務證」正、背面影本（請黏貼於檢附文件黏貼表） <input type="checkbox"/> 3.當事人「身分證」正、背面影本（請黏貼於檢附文件黏貼表）。 <input type="checkbox"/> 4.申請人「身分證」正、背面影本（請黏貼於檢附文件黏貼表）及其他親屬關係證明資料(如「戶口名簿」或「戶籍謄本」等) <input type="checkbox"/> 5.(當事人或申請人)匯款帳戶郵局或銀行存摺影本（含分行行號資訊，請黏貼於檢附文件黏貼表）。 <input type="checkbox"/> 6.切結書 <input type="checkbox"/> 7.醫療照護： <input type="checkbox"/> (1)當月(季)全民健康保險特約醫療院所出具接受治療原因之診斷證明書影本（需備註說明經醫生診斷後，需長期持續醫療照護者）。 <input type="checkbox"/> (2)中央衛生主管機關評鑑合格醫院出具之公教人員保險失能證明書 <input type="checkbox"/> (3)國防部傷殘通報令。 <input type="checkbox"/> (4)當月(季)全民健康保險特約醫療院所或藥局開立之收據或發票影本，共_____張。 <input type="checkbox"/> 7.安置就養： <input type="checkbox"/> (1)自行至政府立案之公私立社會福利機構、醫療療養機構及護理之家就養證明及收據或發票影本（居家照護者免附） <input type="checkbox"/> (2)中央衛生主管機關評鑑合格醫院出具之公教人員保險失能證明書（含造成失能原因）或中華民國身心障礙證明影本。 <input type="checkbox"/> (3)當月(季)診斷證明書影本（其內容應說明經醫生診斷後，需長期安置就養者）。 <input type="checkbox"/> (4)巴氏量表影本。 <input type="checkbox"/> 8.死亡濟助： <input type="checkbox"/> (1)戶口名簿影本。 <input type="checkbox"/> (2)權責機關核發之撫卹金證書。 <input type="checkbox"/> (3)其他家屬負擔家庭生計困難證明或中度以上身心障礙證明或重大傷病證明或低收入戶證明。 <p>★ 以上勾選文件請依次序排列，裝訂於本申請表後。</p>
注 意 事 項	<p>1.當事人、配偶、法定代理人或最近親屬 2 人不能申請或無人申請時，得由其服務機關（單位）代為申請。</p> <p>2.申請人於填妥本申請表，備齊檢附文件後，送交原服務機關初審，承辦人請確實依序逐項檢查、驗證、裝訂，再由該機關報海洋委員會海巡署複審，轉本會核定。</p> <p>3.檢附文件如為影本，請機關承辦人於核對無誤後加蓋與正本相符章；如有修正，請於修正處加蓋校正章。</p> <p>4.為縮短受款人支票兌現時間、減少收據簽收與郵寄之不便，除特殊情形必要外，原則上採郵局、銀行等金融機構匯款方式撥付。</p>

海巡人員醫療照護公益信託基金諮詢委員會 地址：116 台北市文山區興隆路 3 段 296 號
電話：(02) 2239-9251 E-mail：wcl@cga.gov.tw

海巡人員醫療照護公益信託基金
因公受傷、失能醫療照護、安置就養及死亡濟助費用補助【檢附文件黏貼表】
(檢附文件影本，請承辦人於核對無誤後加蓋與正本相符章)

當事人「服務證」影本

「正面」

「背面」

當事人身分證影本

「正面」

「背面」

申請人「身分證」正、背面影本及其他親屬關係證明資料(如「戶口名簿」或「戶籍謄本」等)
(申請人如為當事人免附)

「正面」

「背面」

匯款郵局或銀行存摺影本(須含分行行號資訊)

海巡人員醫療照護公益信託基金

因公死亡慰問金申請表

附表三

申請日期： 年 月 日

最後在職服務機關		部門、別、單位、名稱		當事人當職	
當事人姓名		當事人身分證字號		出生日期	年 月 日
領受代表姓名	簽章	領受代表與當事人關係及資料	<input type="checkbox"/> 關係：_____ (身分證字號：_____ 出生日期： 年 月 日)		
領受代表聯絡電話	(公)：() (宅)：() 手機：	聯絡地址	戶籍地：□□□ _____ 通訊地：□同戶籍地 □□□ _____		
死亡日期	年 月 日	類別	<input type="checkbox"/> 1. 執行職(公)務發生意外或突發疾病以致死亡 <input type="checkbox"/> 2. 公差發生意外或突發疾病以致死亡 <input type="checkbox"/> 3. 在辦公場所或上、下班途中發生意外受傷或突發疾病以致死亡		
事件摘要	(請服務機關協助查填) 發生時間： 年 月 日 時 分 發生地點： 發生經過(請詳述)：				
海巡委員會海巡署及所屬各分署、中心	承辦機關		承辦主管		
	承辦人		督察主管		
	電話		人事主管		
	電子郵件		機關首長		

檢 附 文 件	<input type="checkbox"/> 1.原服務機關函文正本。 <input type="checkbox"/> 2.當事人「服務證」或「學生(員)證」正、背面影本（請黏貼於檢附文件黏貼表） <input type="checkbox"/> 3.當事人「身分證」正、背面影本（請黏貼於檢附文件黏貼表）。 <input type="checkbox"/> 4.領受代表「身分證」正、背面影本（請黏貼於檢附文件黏貼表）及其他親屬關係證明資料(如「戶口名簿」或「戶籍謄本」等) <input type="checkbox"/> 5.領受代表領據正本。 <input type="checkbox"/> 6.原服務機關因公死亡證明書正本。 ★ 以上勾選文件請依次序排列，裝訂於本申請表後。
注 意 事 項	1.當事人、配偶、法定代理人或最近親屬 2 人不能申請或無人申請時，得由其服務機關（單位）代為申請。 2.申請人於填妥本申請表，備齊檢附文件後，送交原服務機關初審，承辦人請確實依序逐項檢查、驗證、裝訂，再由該機關報海洋委員會海巡署複審，轉本會核定。 3.檢附文件如為影本，請機關承辦人於核對無誤後加蓋與正本相符章；如有修正，請於修正處加蓋校正章。 4.基於時效，慰問金之發放，於事實發生時，授權由本會主任委員逕行核定，再提本會審議追認，申請程序後補。

海巡人員醫療照護公益信託基金諮詢委員會 地址：116 台北市文山區興隆路 3 段 296 號
電話：(02) 2239-9251 E-mail：wcl@cga.gov.tw

海巡人員醫療照護公益信託基金
因公死亡慰問金申請表【檢附文件黏貼表】
(檢附文件影本，請承辦人於核對無誤後加蓋與正本相符章)

當事人「服務證」影本

「正面」

「背面」

當事人身分證影本

「正面」

「背面」

領受人「身分證」正、背面影本及其他親屬關係證明資料(如「戶口名簿」或「戶籍謄本」等)

「正面」

「背面」

海巡人員醫療照護公益信託基金

因公傷病慰問金申請表

附表四

申請日期： 年 月 日

最後在職服務機關		部門、別、單位、名稱		當事人當職	
當事人姓名		當事人身分證字號		出生日期	年 月 日
聯絡電話	(公):() (宅):() 手機:	聯絡地址	戶籍地: □□□ 通訊地: □同戶籍地 □□□		
受傷日期	年 月 日	類別	<input type="checkbox"/> 1. 執行職務發生意外受傷或突發疾病 <input type="checkbox"/> 2. 公差發生意外受傷或突發疾病 <input type="checkbox"/> 3. 在辦公場所或上、下班途中發生意外受傷或突發疾病		
事件摘要	(請服務機關協助查填) 發生時間: 年 月 日 時 分 發生地點: 發生經過(請詳述):				
海洋委員會海巡署及所屬各分署、中心	承辦機關		承辦主管		
	承辦人		督察主管		
	電話		人事主管		
	電子郵件		機關首長		

檢 附 文 件	<input type="checkbox"/> 1.原服務機關函文正本。 <input type="checkbox"/> 2.當事人「服務證」或「學生(員)證」正、背面影本（請黏貼於檢附文件黏貼表） <input type="checkbox"/> 3.當事人「身分證」正、背面影本（請黏貼於檢附文件黏貼表）。 <input type="checkbox"/> 4.領據正本。 <input type="checkbox"/> 5.原服務機關因公傷病診斷證明書正本。 ★ 以上勾選文件請依次序排列，裝訂於本申請表後。
注 意 事 項	1.申請人於填妥本申請表，備齊檢附文件後，送交原服務機關初審，承辦人請確實依序逐項檢查、驗證、裝訂，再由該機關報海洋委員會海巡署複審，轉本會核定。 2.檢附文件如為影本，請機關承辦人於核對無誤後加蓋與正本相符章；如有修正，請於修正處加蓋校正章。 3.基於時效，慰問金之發放，於事實發生時，授權由本會主任委員逕行核定，再提本會審議追認，申請程序後補。

海巡人員醫療照護公益信託基金諮詢委員會 地址：116 台北市文山區興隆路 3 段 296 號
電話：(02) 2239-9251 E-mail：wcl@cga.gov.tw

海巡人員醫療照護公益信託基金
因公傷病慰問金申請表【檢附文件黏貼表】
(檢附文件影本，請承辦人於核對無誤後加蓋與正本相符章)

當事人「服務證」影本

「正面」

「背面」

當事人身分證影本

「正面」

「背面」

臺灣銀行股份公司受託海巡人員醫療照護公益信託基金
緊急救助(慰問)金
領據

日期： 000/00/00

*姓名：_____ (請正楷填寫)

大陸人士 是 否

外籍人士國籍：_____ (無則免填)

*身份證字號：_____

居留證號：_____ (無則免填)

*生日：_____

*現居地址：_____

*聯絡電話：_____

*具領金額：NT\$_____ 元

具領人簽名 (Signature)：