

勞工保險殘廢診斷書

辦理勞保殘廢給付應注意事項

- 1** 醫療院所開具之勞工保險殘廢診斷書，經病患或家屬同意逕寄本局者，請折疊裝訂後以掛號郵件寄送本局，所需郵資由本局支付。
- 2** 本殘廢診斷書所載障害項目須檢附病歷、檢查報告、X光片、照片等，始得審定殘廢程度者，被保險人逕向醫療院所洽取後，連同殘廢給付申請書暨給付收據交由投保單位蓋章後寄送本局，將可減少本局調取病歷等補件手續及時程，早日領取殘廢給付或得知審查結果。
- 3** 申請眼、耳、咀嚼嚥下及言語、胸腹部臟器（機能障害）脊柱或上、下肢機能障害或身體皮膚排汗功能喪失障害殘廢給付，依法應由評鑑合格之地區教學醫院以上之全民健康保險特約醫院出具。但澎湖縣、金門縣、連江縣之被保險人不在此限。
- 4** 請醫師依病人病情或病歷診察相關資料，據實填載開具殘廢診斷書，勿循情而為不實、誇大虛偽之證明；至於診斷書所載內容是否符合殘廢給付標準，則由勞保局依相關法令規定認定。
- 5** 本表所載之障害部位及症狀，應以治療終止診斷成殘，或治療1年以上診斷為永久不能復原當時之症狀開具。
- 6** 以詐欺或不正當行為領取保險給付或為虛偽不實之證明，經查明屬實者，除須追還溢領之給付外，並按其領取給付處以2倍罰鍰，涉及刑責者，將移送司法機關辦理。



勞工保險局 處處關心您

勞保殘廢診斷書逕寄勞工保險局同意書及逕寄證明書

【第1聯-由開具殘廢診斷書之醫療院所收執】

殘廢診斷書逕寄勞工保險局同意書：(由申請人填寫)

被保險人：_____身分證統一編號：_____

出生日期：民國_____年_____月_____日生

茲同意_____醫院(診所)將開具之本人勞保殘廢診斷書逕寄勞工保險局，以利辦理請領勞保殘廢給付作業事宜，並請貴院開具診斷書逕寄之證明。

同意人：

被保險人(本人)：_____簽章 身分證統一編號：_____

家屬：_____簽章 身分證統一編號：_____關係：_____

中華民國_____年_____月_____日

【第2聯-由被保險人收執，附於申請書辦理殘廢給付】

殘廢診斷書逕寄勞工保險局證明書：(由醫療院所填寫)

本院開具之勞保被保險人_____殘廢診斷書將逕寄勞工保險局，特此證明。

殘廢部位：_____

醫院(診所)

圖記

中華民國_____年_____月_____日

請沿此虛線撕下

勞工保險殘廢診斷書

勞工保險局受理號碼

年 310

◎請醫師開具診斷書前先行詳閱本表應注意事項及各項障害說明

被保險人基本資料

姓名		性別		出生日期	民國	年	月	日	身分證 統一編號											
住址		縣市	鄉鎮市區	村里	路街巷弄	段	號	樓	連絡電話	住家：()	手機：									
傷病初發時間	年	月	日	時	分	傷病發生地點														
傷病原因						就醫經過(曾就診之其他院所名稱及時間)														

同意 將本殘廢診斷書逕寄勞保局。(同意者請續填「勞保殘廢診斷書逕寄勞工保險局同意書及逕寄證明書」)
不同意

造成殘廢之傷病及在本院之診療情形

診斷成殘之傷病名稱	國際疾病代碼	初診日期
		年 月 日 時 分
治療經過	住院診療期間	
	自 年 月 日 至 年 月 日 共住院 _____ 次；分別是 _____ 天	
	目前是否仍住院診療中 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	門診診療期間	
與本次殘廢有關之病症及病史	自 年 月 日 至 年 月 日 共門診 _____ 次	
	自 年 月 日 至 年 月 日 共門診 _____ 次	
	自 年 月 日 至 年 月 日 共門診 _____ 次	
	殘廢部位	病歷號碼

本殘廢診斷書係依 病患親自到診 年 月 日 病歷 診斷出具

本診斷書所列殘廢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

精神障害殘廢詳況及說明

說明：

1. 本障害應由精神科專科醫師依殘情實況及影響生活與喪失工作能力等各項情形，於打勾或加註文字說明；每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效。
2. 憂鬱症所致之精神障害，須經3種不同作用機轉之抗憂鬱藥物治療後，仍遺存顯著障害者，始得診斷開具。

壹、精神障害：①未曾住院治療者 ②已達終身不能從事任何工作者，均請附最近1年之病歷影本。

1. 外觀：正常 敵意 神經質 多疑 不合作（可重複勾選）
2. 情感：正常 憂鬱 緊張 焦慮 冷漠（可重複勾選）
3. 行為：正常 激躁不安 攻擊行為 退縮行為 自言自語（可重複勾選）
4. 思想：正常 妄想 幻覺 強迫意念 自殺意念（可重複勾選）

5. 職業、社交功能：

- 經治療後，可恢復正常生活
- 通常無礙勞動，但由醫學上可證明遺存精神障害
- 功能退化，終身僅能從事輕便工作
- 功能退化，終身不能從事任何工作

6. 日常生活

- 正常
- 功能退化，僅能維持日常生活最基本的自我照顧能力
- 功能退化，需他人照護，以維持日常生活最基本的自我照顧能力
- 功能退化，需完全仰賴他人養護或需密切監護

7. 曾接受過治療種類

- 住院（精神科急性病房）治療；治療期間_____
- 長期復健（精神科日間病房、慢性病房）治療；治療期間_____
- 電氣痙攣治療；次數_____

【是 否】經3種不同作用機轉之藥物治療（請詳述與疾病相關之藥物種類，劑量與治療期間）

藥物名：_____劑量：_____治療期間：_____

藥物名：_____劑量：_____治療期間：_____

藥物名：_____劑量：_____治療期間：_____

8. 其他補充說明：_____

治療終止診斷殘廢日期
(症狀固定)

年 月 日

治療一年以上診斷為永久不能
復原（即症狀尚未痊癒）日期

年 月 日

神經障害殘廢詳況及說明

說明：
本障害應由神經科、神經外科或復健科等專科醫師依殘情實況及影響生活與喪失工作能力等各項情形，於打勾或加註文字說明；又每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效。

貳、神經障害：

1. 意識狀態：正常 嗜睡 輕度昏迷 無意識狀態
2. 呼吸狀態：呼吸正常 經常需借助氧氣器具輔助 長期需呼吸器輔助
3. 肌力程度及巴金森氏症患者肢體狀態：

肌力程度(分)：	5	4	3	2	1	0	
左側／上肢	<input type="checkbox"/>	巴金森氏症患者肢體狀態 <input type="checkbox"/> 一側肢體僵直顫抖 <input type="checkbox"/> 雙側肢體僵直顫抖 <input type="checkbox"/> 雙側肢體震顫 <input type="checkbox"/> 走臥需他人扶助 <input type="checkbox"/> 完全無法行動					
下肢	<input type="checkbox"/>						
右側／上肢	<input type="checkbox"/>						
下肢	<input type="checkbox"/>						
4. 行動能力：可自力行走 行動遲滯 需扶杖行走 自行操控輪椅代步 需他人操控輪椅代步
完全無法行動
5. 臥床狀態：起臥正常 大部分時間需要臥床 整日臥床但可自行翻身 整日臥床且無法自行翻身
6. 工作能力：正常 通常無礙勞動，但由醫學上可證明遺存神經症狀
終身僅能從事輕便工作 終身無法從事任何工作
7. 攝食狀態：自行進食 暫時需人餵食 永久需人餵食 暫時鼻胃管灌食 永久鼻胃管灌食
暫時性胃造瘻 永久性胃造瘻
8. 大小便情形：可自理 部分需人扶助 完全無法自理 失禁
9. 沐浴更衣：可自理 部分需人扶助 完全無法自理
10. 言語狀態：正常
言語中樞損傷，語言理解、表達、說話清晰度、流暢性、發聲有困難，或與人溝通有顯著困難，表達或理解功能有輕度障害
言語中樞損傷，無法用語言或聲音與人溝通，表達或理解功能有嚴重障害
11. 癲癇：經 2 種或 2 種以上抗癲癇藥物充分治療，每月發作次數在 1 次以下
經 2 種或 2 種以上抗癲癇藥物充分治療，每月仍有 1 次以上發作
經 2 種或 2 種以上抗癲癇藥物充分治療，每週仍有 1 次以上發作
12. 其他補充說明：_____

治療終止診斷殘廢日期
(症狀固定)

年 月 日

治療一年以上診斷為永久不能復原
(即症狀尚未痊癒) 日期

年 月 日

眼、耳、口障害殘廢詳況及說明

- 說明：
- (一) 請醫師依殘情實況填載；又每一填載處均應加蓋醫師章始為有效。
- (二) 眼：1. 「視力」之測定，應用萬國式視力表以矯正後視力為準，並以大寫數字填寫。
 2. 矯正後視力如僅能辨眼前手動者，請填明若干公分可見手動。
 3. 「失明」包括眼球喪失或摘出或僅能辨明暗或僅能辨眼前 1 公尺手動者。
 4. 申請視力障害者，須通過詐盲檢查。
- (三) 口：1. 咀嚼機能障害，係專指由於牙齒以外之原因（如頰、舌、軟硬口蓋、顎骨、下顎關節等之障害），所引起者。食道狹窄、舌異常、咽喉頭支配神經麻痺等引起之嚥下障害，往往併發咀嚼機能障害，故兩項障害合併定為「咀嚼、嚥下障害」。
 2. 言語機能障害，係指由於牙齒損傷以外之原因引起之構音機能障害、發聲機能障害及綴音機能障害等。

參、眼障害：

1. 視力障害：**【有無通過詐盲檢查：有 無】**

初診時視力				診斷殘廢時視力			
未矯正		矯正後		未矯正		矯正後	
左		左		左		左	
右		右		右		右	

2. 其他眼障害症狀及程度：_____（請附最近 3 個月之相關檢查報告）

肆、聽力障害：

- 1、請附最近 3 個月內之二次純音聽力檢查報告（二次測試應間隔 24 小時以上）與聽性腦幹聽力檢查報告（ABR）。

- 2、二次純音聽力檢查報告與聽性腦幹聽力檢查報告是否相符：

相符 不相符

初診時聽力喪失		診斷殘廢時聽力喪失	
左	分貝	左	分貝
右	分貝	右	分貝

- 伍、咀嚼嚥下機能障害：未經手術治療者，請附最近 6 個月之病歷影本

- 喪失咀嚼、嚥下機能：因器質障害或機能障害以致不能作咀嚼或嚥下運動，除流質食物（果汁、牛奶類）外，不能攝取或嚥下
- 咀嚼、嚥下機能遺存顯著障害：因器質障害或機能障害以致不能作咀嚼或嚥下運動，除粥、糊或類似之食物外，不能攝取或嚥下
- 唾液減少，佐以液體仍能吞嚥

- 陸、言語機能障害：未經手術治療者，請附最近 6 個月之病歷影本

1. 不能構音之語音計有：
- 口唇音 齒舌音
- 口蓋音 喉頭音
- 綴音機能遺存顯著障害
2. 全喉切除

治療終止診斷殘廢日期 (症狀固定)	年 月 日	治療一年以上診斷為永久不能 復原(即症狀尚未痊癒)日期	年 月 日
----------------------	-------	--------------------------------	-------

牙齒障害及頭、頸、顏面部醜形殘廢詳況及說明

說明：

(一) 請醫師依殘情實況勾填並繪圖標示；又每一勾填及繪圖標示處均應加蓋醫師章始為有效。

(二) 牙齒障害：

1. 本項障害以遭受意外傷害致牙齒缺損五齒以上者為限。
2. 牙齒缺損之定義為：牙齒因意外傷害致牙齒完全脫落無殘根，或牙齒機能受損，造成該牙齒咀嚼功能遺存顯著障害者而言。

(三) 頭部、頸部、顏面部醜形：

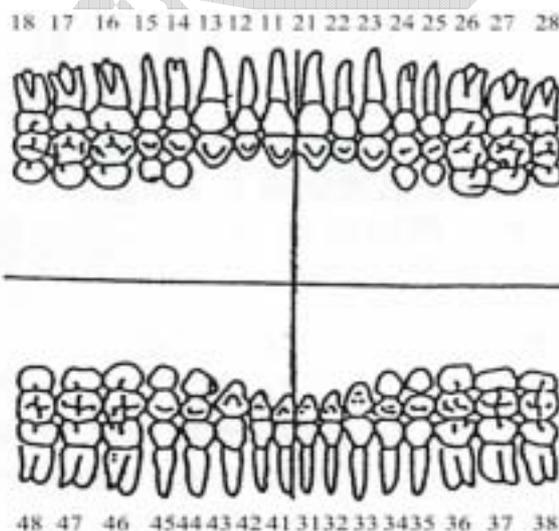
1. 醜形係指遺存於頭部、顏面部或頸部日常露出有礙外觀者。
2. 本項障害應以治療 1 年後始得進行判定。

柒、牙齒障害：

意外傷害 疾病造成

(1) 原生牙齒受損完全脫落或拔除 _____ 顆

(2) 原生牙齒機能受損之齒數 _____ 顆



捌、頭部、頸部、顏面部醜形：請附 4x6 近距離彩色照片（附量尺及拍攝日期），並於背面加註姓名及身分證統一編號。

頭部或頸部遺存手掌大（不包括五指）以上癍痕

顏面部遺存雞卵大以上癍痕或五公分以上不規則線狀痕，或直徑三公分以上組織凹陷（與人相遇時可引起他人注意程度）

請醫師繪圖標示：



治療終止診斷殘廢日期
（症狀固定）

年 月 日

治療一年以上診斷為永久不能
復原（即症狀尚未痊癒）日期

年 月 日

胸腹部臟器障害殘廢詳況及說明

說明：

1. 請醫師依殘情實況及影響生活與喪失工作能力等各項情形，於打勾或加註文字說明；又每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效。
2. 胸腹部臟器障害者，係指胸腹部遺存機能障害，致工作上確有明顯之阻害而由醫學上可予證明者，如膀胱括約肌變化所致之尿失禁或肛門括約肌不全（因斷裂等）所致之大便失禁者，如經手術後，未遺存明顯之永久性機能障害者，不在給付範圍。

玖、胸腹部臟器障害：

一、障害部位及症狀：

1. 心臟：請附最近 6 個月之病歷影本及最近 3 個月之心臟功能檢查報告及核子醫學左心室功能檢查報告

- 符合心臟機能損害分類標準【第一度、第二度、第三度、第四度】
- 冠狀動脈心臟病，有心肌梗塞病史或經冠狀動脈攝影術證實者
- 瓣膜性心臟病，經心臟超音波檢查證實有【輕度、中度、中重度、重度】以上之瓣膜異常（狹窄或逆流）者
- 心肌疾病（擴大性、肥厚性、侷限性）經心臟超音波檢查證實者
- 【剝離、非剝離性】主動脈疾病，經適當影像學檢查結果證實有_____
- 其他心臟血管疾病_____，【經_____檢查證實、經心臟專科醫師診斷】
- 治療終止最近 3 個月之核子醫學左心室功能檢查（LVEF）：_____
- 心臟移植，經治療 6 個月仍遺存心臟功能損害者
- 曾住院接受【未超過兩週、兩週以上、四週以上】的連續性機械輔助或靜脈注射強心藥物治療，而有無法控制之進行性慢性心臟衰竭
- 其他_____

※心臟機能損害分類標準：

- ① 第一度之心臟機能損害：有心臟病，但無運動障礙，平常之活動下無疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛等症狀。
- ② 第二度之心臟機能損害：有心臟病，且有輕度運動障礙，在休息或輕工作時無症狀，但日常生活較重之工作時，則有疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛等症狀。
- ③ 第三度之心臟機能損害：有心臟病，且有重度運動障礙，休息無症狀，但稍有活動即有疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛等症狀。
- ④ 第四度之心臟機能損害：有心臟病，在靜止狀態下仍有疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛等症狀，而活動時症狀加重。

（本障害殘廢詳況內容未完，請續接第 9 頁）

2. 肺臟：請附最近 6 個月之病歷影本、診斷殘廢當時之完整肺功能檢查報告（含吐氣流速容積曲線圖）及 X 光片

需使用輔助氧氣治療（每天 ≥ 15 小時） 需長期使用人工呼吸器（> 6 個月）

肺功能檢查結果：

PAO₂：_____ % FVC：_____ % FEV₁：_____ % FEV₁/FVC：_____ % DLCO：_____ % VO₂max：_____ %

PAO₂：血氧分壓

FVC：用力肺活量

FEV₁：第 1 秒分時肺活量

DLCO：氣體交換、肺瀰漫功能

VO₂max：最高耗氧量

肺臟移植，經治療 6 個月仍遺存肺臟功能損害

塵肺症【 第一症度 第二症度 第三症度 第四症度】

其他 _____

3. 肝臟：請附最近 6 個月之病歷影本及肝功能檢查報告（包括超音波及電腦斷層檢查）

符合 Child-Pugh 肝功能失代償指標分類【 A、 B、 C】級

【 頑固難治性、 持續存在】之腹水

【 二次（含）以上、 曾經】發生肝腦病變

胃 靜脈瘤破裂出血

食道

經內視鏡檢查證明： 胃有靜脈瘤

食道有靜脈瘤

肝臟移植，經治療 6 個月仍遺存肝臟功能損害

其他 _____

Child-Pugh 肝功能失代償指標分項計分法：

項目 \ 計分	1 分	2 分	3 分
總膽紅數	< 2	2 至 3	> 3
血清白蛋白	> 3.5	3.0 至 3.5	< 3.0
腹水	無	少量容易控制	中量以上，不易控制
肝腦病變	無	第 1 級或第 2 級	第 3 或第 4 級
凝血酶原時間（比對照組延長秒數）	< 4 秒	4 至 6 秒	> 6 秒

A 級：6 分（含）以下

B 級：7 至 9 分

C 級：10 分（含）以上

（本障害殘廢詳況內容未完，請續接第 9 頁）

4. 胰臟：請附最近 6 個月之病歷影本（全切除者免附）

- 胰臟全切除者
- 胰臟切除_____%， 由醫學上客觀證據可予證明，工作上確有明顯之阻害
- 無遺存永久性機能障害

5. 胃：請附最近 6 個月之病歷影本

- 胃全切除， 由醫學上客觀證據可予證明，工作上確有明顯之阻害
- 無遺存永久性機能障害
- 胃切除_____%， 由醫學上客觀證據可予證明，工作上確有明顯之阻害
- 無遺存永久性機能障害

6. 腎臟：
- 左側 左側
 - 右側 腎臟切除 右側 腎臟完全無機能 腎臟移植者
 - 二側腎臟無機能且需終身定期作血液透析，第一次接受透析治療（洗腎）日期：_____

7. 腸：請附最近 6 個月之病歷影本

- 大腸 由醫學上客觀證據可予證明，工作上確有明顯之阻害
- 小腸 切除_____%， 無遺存永久性機能障害

8. 肛門：
- 做永久性人工造瘻（人工肛門） 肛門括約肌不全致大便失禁
 - 做臨時性人工造瘻（人工肛門）

9. 膀胱：
- 膀胱萎縮容量祇存 50 西西以下 膀胱機能完全喪失 膀胱括約肌變化致尿失禁

10. 生殖器：男性 喪失兩側睪丸 陰莖大部分缺損或癍痕等畸形 骨盆環骨折引起骨盆內臟神經（勃起中樞神經）病變所致之陽萎 因放射線或化學治療致不能生育。（須經精蟲檢查判定）
- 女性 割除子宮 割除兩側卵巢 左側 卵巢割除 左側 輸卵管割除
- 右側 右側
- 因放射線或化學治療致不能生育

11. 乳房：
- 雙側乳腺全部切除 左側 乳腺全部切除 左側 乳腺部分切除
 - 右側 右側

12. 其他臟器機能障害或切除（請詳載臟器部位、名稱、遺存之障害或臟器切除後之殘廢程度）：
- _____

（本障害殘廢詳況內容未完，請續接第 9 頁）

二、意識狀態：正常 遲鈍 不清楚 無意識狀態

三、呼吸狀態：呼吸正常 經常需借助氧氣器具輔助 長期需呼吸器輔助

四、行動能力：可自力行走

行動遲滯

需扶杖行走

自行操控輪椅代步

需他人操控輪椅代步

完全無法行動

五、臥床狀態：起臥正常

大部分時間需要臥床

整日臥床但可自行翻身

整日臥床且無法自行翻身

六、工作能力：正常

由醫學上客觀證據可予證明，工作上確有明顯之阻害

終身僅能從事輕便工作

終身無法從事任何工作

七、攝食狀態：自行進食 暫時需人餵食 永久需人餵食

暫時鼻胃管灌食 永久鼻胃管灌食

暫時性胃造瘻 永久性胃造瘻

八、大小便情形：可自理 需人扶助 完全無法自理 失禁

九、沐浴更衣：可自理 需人扶助 完全無法自理

十、惡性腫瘤：經治療後已達緩解 經治療後再復發 已轉移

十一、其他補充說明：

治療終止診斷殘廢日期
(症狀固定)

年 月 日

治療一年以上診斷為永久不能
復原(即症狀尚未痊癒)日期

年 月 日

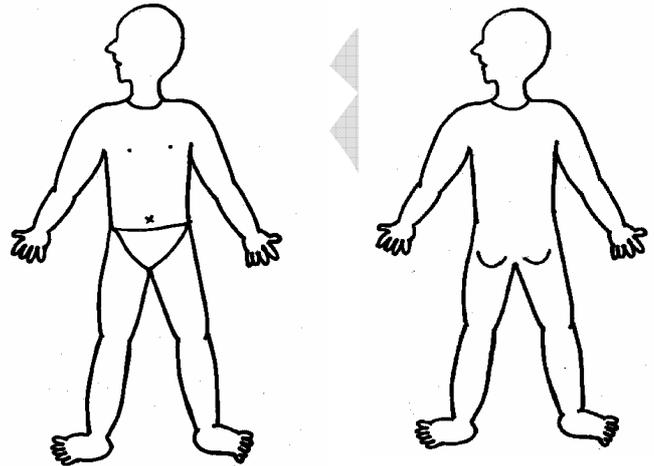
身體皮膚排汗功能、脊柱障害殘廢詳況及說明

說明：

- (一) 請醫師依殘情實況於 打勾或加註文字說明；又每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效。
- (二) 身體皮膚排汗功能障害：
1. 本項鑑定時間以外科治療終止後 1 年始得進行判定。
 2. 申請身體皮膚排汗功能障害殘廢給付者，診斷書應載明疤痕佔體表面積百分比 (%)。
- (三) 脊柱障害：
1. 因脊髓壓迫而致四肢麻痺者，請於神經障害殘廢詳況欄勾填。
 2. 測量運動範圍可活動角度，須在受測者確實配合下完成，如未確實配合檢測者，請勿開具殘廢診斷書。
 3. 脊柱須經 X 光片診斷，必要時請配合「肌電圖」或「核磁共振」檢查。
 4. 「脊柱遺存顯著畸形」係指穿著衣服，由外部可以察知者；「脊柱遺存畸形」係指符合下列情況之一者：
 - (1) 著衣時由外部不易察見，但脫衣後或由 X 光照片可以明顯察知脊柱或脊椎之一部，確有因骨折或其他病變引起之明顯變形(含缺損)者。
 - (2) 經手術切除棘狀突起三個以上者。

拾、身體皮膚排汗功能障害：請檢附 4x6 之燒燙傷相片(附有量尺)為佐證，但由設有整形外科之地區教學醫院或燒燙傷病房醫院醫師開具診斷書者，得以圖畫說明替代相片。

1. 身體皮膚排汗功能喪失程度(不包括頭、臉、頸部之障害面積)：喪失_____%。(障害面積之計算，以一手掌大小約佔人體面積 1% 為測量基準)
2. 最後 1 次外科手術治療終止日期：_____
3. 身體皮膚排汗功能喪失程度逾 60% 者：
 - 終身僅能從事輕便工作
 - 終身不能從事工作
4. 本障害係由地區教學以上醫院之整形外科醫師或設有燒燙傷病房醫院之醫師診斷開具： 是 否



拾壹、脊柱障害：①請附最近 3 個月之脊柱正、側面 X 光片(須打印被保險人姓名、身分證統一編號或出生日期及拍攝日期)；②脊柱遺存顯著畸形者，應加附穿著衣服所攝照片。

1. 經 X 光片診斷 有 無 明顯之 骨折 脫位 _____ 病變
2. 脊柱自 頸椎 胸椎 腰椎 第 _____ 椎節至 頸椎 胸椎 腰椎 第 _____ 椎節共有 _____ 個椎節 (固定 融合 粘連)
3. 主要運動範圍可活動度數：
 - 頸椎：屈曲(前屈) _____ 度，伸展(後屈) _____ 度，活動範圍 _____ 度
 - 胸腰椎：屈曲(前屈) _____ 度，伸展(後屈) _____ 度，活動範圍 _____ 度
4. 脊柱遺存顯著畸形。(請參考說明(三)之 4.)
- 脊柱遺存畸形。(請參考說明(三)之 4.)

治療終止診斷殘廢日期
(症狀固定)

年 月 日

治療一年以上診斷為永久不能
復原(即症狀尚未痊癒)日期

年 月 日

肢體缺損或機能障害殘廢詳況及說明

說明：

1. 肢體機能障害者，請醫師依障害部位將主要活動範圍度數填寫於可活動範圍度數表內；手指、腳趾缺損者，請繪圖標示障害部位；又每一勾填或繪圖處均應加蓋醫師章始為有效。
2. 運動限制之測定：以各關節之生理運動範圍為基準。機能（運動）障害原因及程度明顯時，採用自動運動之運動範圍，如有心因性因素，則以他動運動之可能運動範圍參考決定之。
3. 測量運動範圍可活動角度，須在受測者確實配合下完成，如未確實配合檢測者，請勿開具殘廢診斷書。
4. 類風濕關節炎、痛風等所致之關節障害（含上、下肢及手指、足趾關節），如關節間隙完整，無明顯關節面損傷或變形，經藥物治療可達緩解者，不在給付範圍；申請前述關節障害者，須加附 X 光片及外觀照片。

拾貳、肢體缺損或機能障害：

1. 上肢殘缺：

- | | | | |
|--|------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> 左上肢
<input type="checkbox"/> 右上肢 | 腕關節（含）以上殘缺 | <input type="checkbox"/> 左上肢
<input type="checkbox"/> 右上肢 | 肘關節（含）以上殘缺 |
|--|------------|--|------------|

2. 下肢殘缺：

- | | | | | | |
|--|-------------|--|------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> 左下肢
<input type="checkbox"/> 右下肢 | 跗蹠關節（含）以上殘缺 | <input type="checkbox"/> 左下肢
<input type="checkbox"/> 右下肢 | 足關節（含）以上殘缺 | <input type="checkbox"/> 左下肢
<input type="checkbox"/> 右下肢 | 膝關節（含）以上殘缺 |
|--|-------------|--|------------|--|------------|

3. 上、下肢體各關節活動範圍度數表

關節名稱	左 右	左 右	左 右	左 右	左 右	左 右
屈曲	前舉 度	度	掌屈 度	度	度	度
伸展	後舉 度	度	背屈 度	度	度	度
活動範圍	度	度	度	度	度	度

4. 手指關節可活動度數表

關節	中手指節關節		近位指節關節		遠位指節關節	
	左（度）	右（度）	左（度）	右（度）	左（度）	右（度）
拇指						
食指						
中指						
無名指						
小指						

治療終止診斷殘廢日期
（症狀固定）

年 月 日

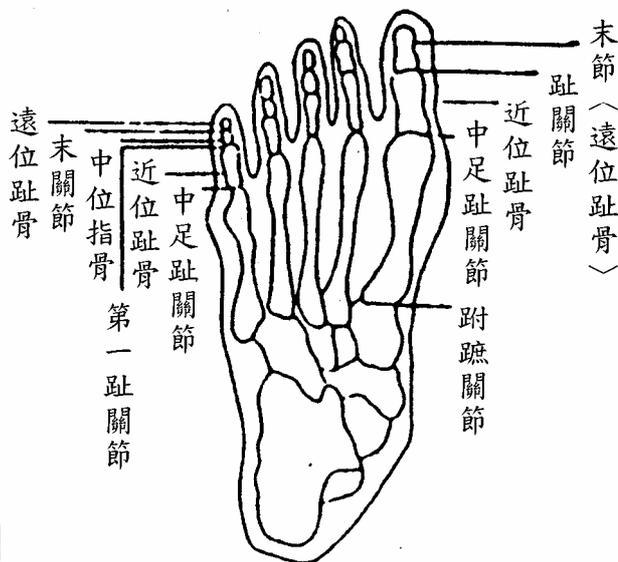
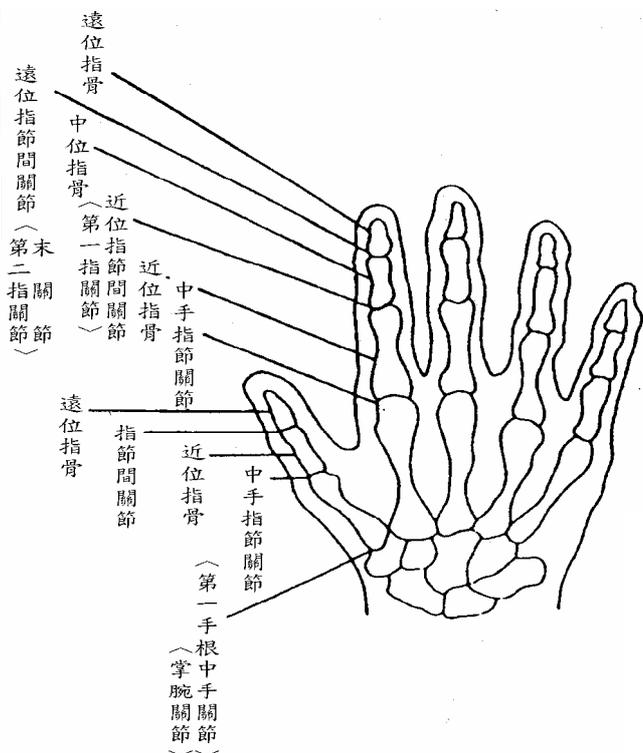
治療一年以上診斷為永久不能
復原（即症狀尚未痊癒）日期

年 月 日

5. 腳趾關節可活動度數表

關節	中足趾關節		第一趾關節		末關節	
	左(度)	右(度)	左(度)	右(度)	左(度)	右(度)
第一趾					X	X
第二趾						
第三趾						
第四趾						
第五趾						

※手指、腳趾缺損者，請依據 X 光片拍攝結果，於下圖標示障害部位



拾參、其他障害 (前列壹~拾貳項障害以外，身體遺存障害之殘廢詳況):

治療終止診斷殘廢日期 (症狀固定)	年 月 日	治療一年以上診斷為永久不能 復原(即症狀尚未痊癒)日期	年 月 日
----------------------	-------	--------------------------------	-------

裝

訂

線

寄件者： -

縣
市

鄉（鎮）
市（區）

廣告回信

台北郵局登記證

台北廣字第 1159 號

路（街） 段 巷 弄 號 樓之

收件者：

【掛 號】

勞工保險局 收

10013 臺北市中正區羅斯福路 1 段 4 號

【限醫療院所逕寄勞工保險殘廢診斷書使用】

對

折

線



勞工保險局
處處關心您

申請勞保現金給付，本局及投保單位均不收取任何費用，請自行向投保單位辦理，以免委託他人代辦被抽取佣金。

電話代表號：(02) 2396-1266

語音答詢服務專線：0800-078-777

網址：<http://www.bli.gov.tw>

裝

訂

線