



Asuransi kecelakaan kerja

Formulir permohonan rawat inap kerja

(Harap melihat penjelasan belakang sebelum mengisi formulir)
bergabung asuransi

NO asuransi	Nama unit tertanggung									Tgl bergabung asuransi	Tanggal	Bulan	Tahun
	No identitas (No ARC atau paspor)									Tgl lahir	Tanggal	Bulan	Tahun
	Alamat tertanggung		Tel epo n					Tgl kejadian cedera	Tanggal	Bulan	Tahun		
Bukti unit tertanggung	1. Jenis kecelakaan cedera : <input type="checkbox"/> Saat tugas <input type="checkbox"/> Pergi pulang kerja <input type="checkbox"/> Tugas dinas <input type="checkbox"/> Sakit akibat kerja <input type="checkbox"/> Lainnya _____ <input type="checkbox"/> Pagi <input type="checkbox"/> Sore												
	2. Waktu dan tempat cedera : Jam _____ Menit _____ Tempat : _____ Alamat : _____ Hubungan dengan pekerjaan : _____ , dengan ini menyatakan, data di atas sesuai dengan kenyataan ° (Stempel unit tertanggung)												
	Penanggung jawab : _____ Pelaksana : _____ Tgl pengisian formulir : Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____												
	Kode dan nama layanan medis _____ Silakan sobek di bagian garis putus-putus _____ Nama penyakit _____ 請沿此虛線撕下												



Asuransi kecelakaan kerja

Formulir permohonan rawat inap kerja

Layanan medis mengirimkan ke biro asuransi tenaga kerja

No asuransi	Nama unit tertanggung									Tgl bergabung asuransi	Tanggal	Bulan	Tahun
	No identitas (No ARC atau paspor)									Tgl lahir	Tanggal	Bulan	Tahun
	Alamat tertanggung		Telepon					Tgl kejadian cedera	Tanggal	Bulan	Tahun		
Kejadian cedera (Silakan unit tertanggung isi)	1. Jenis kecelakaan kerja : <input type="checkbox"/> Saat tugas <input type="checkbox"/> Pergi pulang kerja <input type="checkbox"/> Tugas dinas <input type="checkbox"/> Sakit akibat kerja <input type="checkbox"/> Lainnya _____ 2. Pekerjaan sebenarnya : _____ <input type="checkbox"/> Pagi <input type="checkbox"/> Sore <input type="checkbox"/> Alamat sesuai dengan unit tertanggung												
	3. Waktu dan tempat cedera : Jam _____ Menit _____ Tempat : _____ Alamat : _____ <input type="checkbox"/> Sore <input type="checkbox"/> Lainnya : _____												
	4. Penyebab cedera : _____ , hubungan dengan pekerjaan : _____												
	5. Jika disebabkan oleh bahan kimia , silakan tulis nama bahan kimia : _____												
	6. Jika karena tugas dinas, silakan tulis dengan rinci penyebab kecelakaan kerja : _____ (※Jika tertanggung karena pergi pulang kerja, tugas dinas terjadi kecelakaan, sesuai peraturan 「Standar peraturan kecelakaan kerja asuransi kecelakaan kerja」 pasal 17, tidak termasuk kecelakaan kerja, tidak perlu mengisi formulir ini)												
	Dengan ini menyatakan , data diatas sesuai dengan kenyataan ° (Cap stempel unit tertanggung) Penanggung jawab : _____ Pelaksana : _____ Pengisian formulir : Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____												
Kodm diisi oleh layanan medis	Kode dan nama layanan medis									Nama cedera (diagnosis utama)			
	Nomor medis tertanggung									Nama cedera (sub-diagnosis)			
	Periode rawat inap		Tanggal	Bulan	Tahun	Gejala utama							
	Dengan ini menyatakan tertanggung melalui diagnosis dokter memerlukan rawat inap, dan telah memeriksa identitas atau identitas yang terkait. (Cap stempel Layanan medis) Dokter yang bertanggungjawab : _____ Dokter utama : _____ Tanggal pengisian Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____												

※ Setelah layanan medis menerima formulir permohonan rawat inap, maka dalam 10 hari formulir bagian bawah dikirim ke asuransi tenaga kerja ° (Alamat : No. 4, Sec. 1, Roosevelt Rd., Zhongzheng Dist., Taipei City)

111.04

Pedoman pengajuan layanan medis

1. Apabila tertanggung selama masa asuransi kerja, mengalami kecelakaan kerja dan memerlukan perawatan medis, unit tertanggung harus memverifikasi bahwa tertanggung benar mengalami kecelakaan kerja memerlukan rawat jalan atau rawat inap (disebut formulir medis dan penyakit akibat kerja), menyerahkan kartu askes dan identitas lainnya, untuk menjalani rawat jalan atau rawat inap °
2. Saat unit tertanggung mengisi formulir medis dan penyakit akibat kerja ° harus memperhatikan tertanggung harus memenuhi syarat berikut ini :
 - (1) Tertanggung selama masa asuransi kerja mengalami kecelakaan atau sakit kerja, memerlukan rawat jalan atau rawat inap °
 - (2) Tertanggung selama masa asuransi kerja mengalami kecelakaan kerja atau sakit kerja, setelah 1 tahun mengundurkan diri dari asuransi kerja, cedera dan penyakit yang sama akibat pekerjaan yang memerlukan rawat jalan dan rawat inap °
 - (3) Tertanggung selama masa asuransi kerja mengalami kecelakaan atau sakit kerja, setelah mengundurkan diri dari asuransi kerja 「Tetap mengikuti asuransi tenaga kerja selama masa pengobatan tenaga kerja kecelakaan kerja」, karena penyakit cedera yang sama yang memerlukan rawat jalan atau rawat inap °
3. Unit tertanggung menanyakan ke tertanggung kejadian kecelakaan kerja waktu, tempat dan penyebabnya, percaya kecelakaan disebabkan karena pekerjaan, atau karena pergi pulang kerja sesuai dengan standar 「Pedoman pemeriksaan penyakit dan cedera asuransi kecelakaan kerja」, silakan mengisi formulir layanan medis kecelakaan cedera penyakit, setelah penanggung jawab dan pelaksana memberikan cap stempel, maka tertanggung dapat menggunakan formulir tersebut. Untuk peraturan terkait, dapat mengecek 「Informasi Global Biro asuransi tenaga kerja」
4. Unit tertanggung mengisi formulir cedera dan penyakit akibat kerja untuk pencatatan, dan tertanggung harus tanda tangan. Serikat kerja dan serikat nelayan harus mengisi 「Formulir pengecekan serikat kerja dan serikat nelayan untuk medis cedera dan penyakit akibat kerja」. Pengisian formulir ini harus disimpan oleh unit tertanggung dan disimpan sampai tahun berikutnya, untuk peninjauan berikutnya.
5. Serikat pekerja profesional, serikat nelayan, serikat pelaut dan serikat nahkoda atau tertanggung yang karena tunggakan biaya asuransi dan biaya keterlambatan pembayaran, menurut undang-undang asuransi kerja pasal 23 untuk sementara dapat menolak pembayaran, sebelum

keterlambatan pembayaran dilunasi, unit bertanggung tidak boleh mengisi formulir medis cedera dan penyakit. Tetapi jika bertanggung sudah membayar sebagian dari biaya asuransi maka pengajuan ini dapat dibayarkan °

6. Unit bertanggung tidak membayar asuransi kerja dan adanya biaya keterlambatan, bertanggung mempunyai tanggung jawab untuk membayar, atau bertindak sebagai wakil atau penanggung jawab unit asuransi tunggakan lainnya, menurut undang-undang asuransi kerja pasal 23 untuk sementara dapat menolak pembayaran, tidak boleh mengisi formulir medis cedera dan penyakit.
7. Jika bertanggung tidak menggunakan formulir rawat inap saat menjalani perawatan medis, maka setelah keluar dari rumah sakit dapat mengirim ulang formulir tersebut ke klinik khusus Asuransi Kesehatan Nasional, dan mengajukan pengembalian seluruh biaya pengobatan medis yang telah dilakukan.
8. Unit bertanggung harus melengkapi formulir perawatan medis cedera dan penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan sesuai dengan petunjuk, jika tidak, maka unit bertanggung harus bertanggung jawab atas seluruh biaya pengobatan sesuai dengan Undang-undang pasal 41 asuransi kecelakaan kerja.