

# 農民健康保險及農民職業災害保險爭議事項審議辦法第一條、第二條、第二十四條及第三條附表修正總說明

現行「農民健康保險及農民職業災害保險爭議事項審議辦法」(以下簡稱本辦法)係於一百零七年十一月十二日訂定發布，並自一百零七年十一月一日施行。

本辦法之授權依據為農民健康保險條例第四條第三項及第四十四條之二第一項規定，配合一百十二年二月八日修正公布之農民健康保險條例第四十四條之二，業將該條第一項之項次調整為第二項，爰修正本辦法第一條、第二條、第二十四條及第三條附表，其修正要點如次：

一、配合農民健康保險條例第四十四條之二，修正本辦法授權依據之項次。

(修正條文第一條)

二、因農民職業災害保險試辦辦法第二條保險給付種類「傷害給付」已修正為「傷病給付」，爰配合修正文字。(修正條文第二條)

三、定明本次修正條文之施行日期。(修正條文第二十四條)

四、配合行政院農業委員會於一百十二年八月一日改制為農業部，爰修正農民健康保險及農民職業災害保險爭議審議申請書之機關名稱。(修正條文第三條附表)

# 農民健康保險及農民職業災害保險爭議事項審議 辦法第一條、第二條、第二十四條修正條文對照表

修正條文	現行條文	說明
第一條 本辦法依農民健康保險條例第四條第三項及第四十四條之二第二項準用第四條第三項規定訂定之。	第一條 本辦法依農民健康保險條例第四條第三項及第四十四條之二第一項準用第四條第三項規定訂定之。	一百十二年二月八日修正公布，並自一百十二年十二月一日施行之農民健康保險條例第四十四條之二，已修正本辦法授權依據之項次由現行第一項調整為第二項，爰配合修正授權依據之項次。
第二條 投保單位、被保險人、受益人、支出殯葬費之人及保險利害關係人（以下均稱申請人）對保險人下列事項之核定發生爭議時，得依本辦法規定申請審議： 一、有關被保險人、受益人資格及投保事項。 二、有關保險費或滯納金事項。 三、有關保險給付事項。 四、有關職業傷病事項。 五、有關身心障礙等級事項。 六、其他有關保險權益事項。	第二條 投保單位、被保險人、受益人、支出殯葬費之人及保險利害關係人（以下均稱申請人）對保險人下列事項之核定發生爭議時，得依本辦法規定申請審議： 一、有關被保險人、受益人資格及投保事項。 二、有關保險費或滯納金事項。 三、有關保險給付事項。 四、有關職業傷害事項。 五、有關身心障礙等級事項。 六、其他有關保險權益事項。	因農民職業災害保險試辦辦法第二條保險給付種類「傷害給付」，已於一百十年九月九日修正為「傷病給付」，爰配合修正第四款文字。
第二十四條 本辦法自中華民國一百零七年十一月一日施行。  <u>本辦法修正條文自發布日施行。</u>	第二十四條 本辦法自中華民國一百零七年十一月一日施行。	考量本辦法訂定發布時，係特定自一百零七年十一月一日施行，惟本次修正條文並無溯及生效之必要，爰依法制體例增訂第二項，定明本次修正條文之施行日期。

第三條附表 農民健康保險及農民職業災害保險爭議審議申請書修正對照表

修正規定										現行規定										說明																																																																																																																																																																																																																																																																				
<div>附表</div> <div>農民健康保險及農民職業災害保險爭議審議申請書</div> <div>(請先閱背面填表須知及說明)</div> <div>申請日期：年 月 日</div> <table><tr><td rowspan="2">申請人</td><td colspan="2">姓名：</td><td colspan="2">民國 年 月 日 生</td><td colspan="3">身分證明文件字號：</td><td colspan="3" rowspan="2">與被保險人關係：</td></tr><tr><td colspan="4">地址：</td><td colspan="3">電話：</td></tr><tr><td rowspan="2">被保險人</td><td colspan="2">姓名：</td><td colspan="2">民國 年 月 日 生</td><td colspan="5">身分證明文件字號：</td><td colspan="3" rowspan="2"></td></tr><tr><td colspan="4">地址：</td><td colspan="5">電話：</td></tr><tr><td>投保單位</td><td colspan="2">農會</td><td colspan="4">地址： (申請人為投保單位時，才需填列本欄位)</td><td colspan="4">負責人： (申請人為投保單位時，才需填列本欄位)</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td rowspan="2">勞動部勞工保險局核定文件</td><td>核定日期</td><td colspan="2">民國 年 月 日</td><td>文號</td><td colspan="5">字第 號</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td colspan="3">收受勞動部勞工保險局核定文件日期</td><td colspan="5">民國 年 月 日</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>申請審議之請求事項</td><td colspan="9"></td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>申請審議之事實及理由</td><td colspan="9"></td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>檢送證件名稱</td><td colspan="9">1、勞動部勞工保險局核定文件影本。 2、(自行填寫)</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>附 註</td><td colspan="9"></td><td colspan="3"></td></tr></table> <div>茲依農民健康保險及農民職業災害保險爭議事項審議辦法第 3 條規定，敬請對本案惠予審議。</div> <div>此致</div> <div>勞動部勞工保險局 申請人： (簽章)</div> <div>轉送</div> <div>農民健康保險及農民職業災害保險監理委員會</div> <div>備註：</div> <div>1. 申請人應為投保單位、被保險人、受益人、支出殯葬費之人、保險利害關係人。</div> <div>2. 若被保險人仍健在者，申請人應為被保險人本人；如欲委任他人代理，應檢附委任書正本。</div> <div>3. 若被保險人已死亡，所需檢附文件請詳參後頁說明。</div>										申請人	姓名：		民國 年 月 日 生		身分證明文件字號：			與被保險人關係：			地址：				電話：			被保險人	姓名：		民國 年 月 日 生		身分證明文件字號：								地址：				電話：					投保單位	農會		地址： (申請人為投保單位時，才需填列本欄位)				負責人： (申請人為投保單位時，才需填列本欄位)							勞動部勞工保險局核定文件	核定日期	民國 年 月 日		文號	字第 號								收受勞動部勞工保險局核定文件日期			民國 年 月 日								申請審議之請求事項													申請審議之事實及理由													檢送證件名稱	1、勞動部勞工保險局核定文件影本。 2、(自行填寫)												附 註													<div>附表</div> <div>農民健康保險及農民職業災害保險爭議審議申請書</div> <div>(請先閱背面填表須知及說明)</div> <div>申請日期：年 月 日</div> <table><tr><td rowspan="2">申請人</td><td colspan="2">姓名：</td><td colspan="2">民國 年 月 日 生</td><td colspan="3">身分證明文件字號：</td><td colspan="3" rowspan="2">與被保險人關係：</td></tr><tr><td colspan="4">地址：</td><td colspan="3">電話：</td></tr><tr><td rowspan="2">被保險人</td><td colspan="2">姓名：</td><td colspan="2">民國 年 月 日 生</td><td colspan="5">身分證明文件字號：</td><td colspan="3" rowspan="2"></td></tr><tr><td colspan="4">地址：</td><td colspan="5">電話：</td></tr><tr><td>投保單位</td><td colspan="2">農會</td><td colspan="4">地址： (申請人為投保單位時，才需填列本欄位)</td><td colspan="4">負責人： (申請人為投保單位時，才需填列本欄位)</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td rowspan="2">勞動部勞工保險局核定文件</td><td>核定日期</td><td colspan="2">民國 年 月 日</td><td>文號</td><td colspan="5">字第 號</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td colspan="3">收受勞動部勞工保險局核定文件日期</td><td colspan="5">民國 年 月 日</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>申請審議之請求事項</td><td colspan="9"></td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>申請審議之事實及理由</td><td colspan="9"></td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>檢送證件名稱</td><td colspan="9">1、勞動部勞工保險局核定文件影本。 2、(自行填寫)</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>附 註</td><td colspan="9"></td><td colspan="3"></td></tr></table> <div>茲依農民健康保險及農民職業災害保險爭議事項審議辦法第 3 條規定，敬請對本案惠予審議。</div> <div>此致</div> <div>勞動部勞工保險局 申請人： (簽章)</div> <div>轉送</div> <div>農民健康保險及農民職業災害保險監理委員會</div> <div>備註：</div> <div>1. 申請人應為投保單位、被保險人、受益人、支出殯葬費之人、保險利害關係人。</div> <div>2. 若被保險人仍健在者，申請人應為被保險人本人；如欲委任他人代理，應檢附委任書正本。</div> <div>3. 若被保險人已死亡，所需檢附文件請詳參後頁說明。</div>										申請人	姓名：		民國 年 月 日 生		身分證明文件字號：			與被保險人關係：			地址：				電話：			被保險人	姓名：		民國 年 月 日 生		身分證明文件字號：								地址：				電話：					投保單位	農會		地址： (申請人為投保單位時，才需填列本欄位)				負責人： (申請人為投保單位時，才需填列本欄位)							勞動部勞工保險局核定文件	核定日期	民國 年 月 日		文號	字第 號								收受勞動部勞工保險局核定文件日期			民國 年 月 日								申請審議之請求事項													申請審議之事實及理由													檢送證件名稱	1、勞動部勞工保險局核定文件影本。 2、(自行填寫)												附 註													<div>一、配合行政院農業委員會改制農業部，填表須知及說明修正字。</div> <div>二、另因第三條第一項由向人民健康及農民職業災害保險監理會(以下簡稱農會)申請審議，爰填表須知及說明點字，俾臻明確。</div>
申請人	姓名：		民國 年 月 日 生		身分證明文件字號：			與被保險人關係：																																																																																																																																																																																																																																																																																
	地址：				電話：																																																																																																																																																																																																																																																																																			
被保險人	姓名：		民國 年 月 日 生		身分證明文件字號：																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	地址：				電話：																																																																																																																																																																																																																																																																																			
投保單位	農會		地址： (申請人為投保單位時，才需填列本欄位)				負責人： (申請人為投保單位時，才需填列本欄位)																																																																																																																																																																																																																																																																																	
勞動部勞工保險局核定文件	核定日期	民國 年 月 日		文號	字第 號																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	收受勞動部勞工保險局核定文件日期			民國 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																				
申請審議之請求事項																																																																																																																																																																																																																																																																																								
申請審議之事實及理由																																																																																																																																																																																																																																																																																								
檢送證件名稱	1、勞動部勞工保險局核定文件影本。 2、(自行填寫)																																																																																																																																																																																																																																																																																							
附 註																																																																																																																																																																																																																																																																																								
申請人	姓名：		民國 年 月 日 生		身分證明文件字號：			與被保險人關係：																																																																																																																																																																																																																																																																																
	地址：				電話：																																																																																																																																																																																																																																																																																			
被保險人	姓名：		民國 年 月 日 生		身分證明文件字號：																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	地址：				電話：																																																																																																																																																																																																																																																																																			
投保單位	農會		地址： (申請人為投保單位時，才需填列本欄位)				負責人： (申請人為投保單位時，才需填列本欄位)																																																																																																																																																																																																																																																																																	
勞動部勞工保險局核定文件	核定日期	民國 年 月 日		文號	字第 號																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	收受勞動部勞工保險局核定文件日期			民國 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																				
申請審議之請求事項																																																																																																																																																																																																																																																																																								
申請審議之事實及理由																																																																																																																																																																																																																																																																																								
檢送證件名稱	1、勞動部勞工保險局核定文件影本。 2、(自行填寫)																																																																																																																																																																																																																																																																																							
附 註																																																																																																																																																																																																																																																																																								

## 填 表 須 知 及 說 明

一、申請書欄位請逐一填寫，連同爭議事件有關證件及勞動部勞工保險局核定函影本 1 式 2 份（均含附件，如有委任時請另附委任書正本），一併寄至勞動部勞工保險局（臺北市中正區羅斯福路1段4號）申請審議。

二、委任應注意事項：

（一）申請人得委任他人申請審議，惟委任代理人應依照申請人陳述之事實與意見詳實為之。

（二）委任書須記載委任人（即申請人）、委任代理人之姓名、出生年月日、身分證明文件字號、地址、電話，並由委任人、委任代理人雙方親自簽章。

三、若被保險人死亡，除說明一之文件以外，所需另行檢附之文件如下：

（一）若被保險人係於勞動部勞工保險局**核定前**死亡，且原核定對象為 2 人以上：

須選定代表人 1 人為申請人，請另檢附**農民健康保險及農民職業災害保險爭議審議代表人選定書**。

（二）若被保險人係於勞動部勞工保險局**核定後**，於**農監會**受理爭議審議程序前死亡：以全體繼承人共同為申請人，並選定代表人 1 人，請另檢附**農民健康保險及農民職業災害保險爭議審議代表人選定書**、**繼承系統表**、**被保險人死亡證明書**、**與被保險人為親屬關係之證明文件**（如戶籍資料等）。

（三）若被保險人係於勞動部勞工保險局**核定後**，於**農監會**進行爭議審議程序中死亡：須以全體繼承人共同承受該爭議案件，並選定代表人 1 人，請另檢附**農民健康保險及農民職業災害保險爭議案件承受書**、**農民健康保險及農民職業災害保險爭議審議代表人選定書**、**繼承系統表**、**被保險人死亡證明書**、**與被保險人為親屬關係之證明文件**（如戶籍資料等）。

四、本申請書「申請審議之事實及理由」欄不敷填寫時，可以另紙書寫附後（以 A4 紙為準），並在該欄內記載「詳另紙」。

五、本申請書可由勞動部勞工保險局全球資訊網（網址：<https://www.bli.gov.tw/>）及**農業部**網站（網 址：<https://www.moa.gov.tw/>）下載。

## 填 表 須 知 及 說 明

一、申請書欄位請逐一填寫，連同爭議事件有關證件及勞動部勞工保險局核定函影本 1 式2 份（均含附件，如有委任時請另附委任書正本），一併寄至勞動部勞工保險局（臺北市中正區羅斯福路1段4號）申請審議。

二、委任應注意事項：

（一）申請人得委任他人申請審議，惟委任代理人應依照申請人陳述之事實與意見詳實為之。

（二）委任書須記載委任人（即申請人）、委任代理人之姓名、出生年月日、身分證明文件字號、地址、電話，並由委任人、委任代理人雙方親自簽章。

三、若被保險人死亡，除說明一之文件以外，所需另行檢附之文件如下：

（一）若被保險人係於勞動部勞工保險局**核定前**死亡，且原核定對象為 2 人以上：

須選定代表人 1 人為申請人，請另檢附**農民健康保險及農民職業災害保險爭議審議代表人選定書**。

（二）若被保險人係於勞動部勞工保險局**核定後**，於本會受理爭議審議程序前死亡：以全體繼承人共同為申請人，並選定代表人 1 人，請另檢附**農民健康保險及農民職業災害保險爭議審議代表人選定書**、**繼承系統表**、**被保險人死亡證明書**、**與被保險人為親屬關係之證明文件**（如戶籍資料等）。

（三）若被保險人係於勞動部勞工保險局**核定後**，於本會進行爭議審議程序中死亡：須以全體繼承人共同承受該爭議案件，並選定代表人 1 人，請另檢附**農民健康保險及農民職業災害保險爭議案件承受書**、**農民健康保險及農民職業災害保險爭議審議代表人選定書**、**繼承系統表**、**被保險人死亡證明書**、**與被保險人為親屬關係之證明文件**（如戶籍資料等）。

四、本申請書「申請審議之事實及理由」欄不敷填寫時，可以另紙書寫附後（以 A4 紙為準），並在該欄內記載「詳另紙」。

五、本申請書可由勞動部勞工保險局全球資訊網（網址：<https://www.bli.gov.tw/>）及行政院農業委員會網站（網 址：<https://www.coa.gov.tw/>）下載。