

# 公 教 人 員 保 險

## 殘 廢 證 明 書

病歷號碼 \_\_\_\_\_

◎請先詳閱背面之說明及本保險殘廢給付標準後，始出具本證明書並填註病情詳況。

被保險人姓名		性 別		出 生 日 期	年    月    日	
身 分 證 統 一 編 號		服 務 機 關 名 稱				
通 訊 地 址				聯 絡 電 話		
疾 病 或 意 外 傷 害 發 生 之	時 間		地 點		原 因	

本醫院治療紀錄 (病人病情尚未穩定或已於彌留狀態，請勿循其要求開立本證明書)		殘 廢 部 位	
疾 病 或 意 外 傷 害 名 稱		殘 廢 症 狀 是 否 固 定 且 治 療 終 止	
初 診 日 期	年    月    日	殘 廢 情 形 是 否 其 他 治 療 方 法 可 以 改 善	
住 院 日 期	年 月 日 至 年 月 日	經 鑑 定 符 合 公 教 人 員 保 險 殘 廢 給 付 標 準 表	殘 第            號
手 術 日 期	年    月    日	確 定 成 殘 日 期	年    月    日
傷 口 癒 合 日 期	年    月    日	其 他 醫 院 治 療 經 過 及 其 他 既 往 症 狀	
門 診 日 期	年 月 日 至 年 月 日		
復 健 日 期	年 月 日 至 年 月 日		
治            療            經            過			

殘廢部位之詳細圖解與標示	<p><b>本證明書所列殘廢症狀經本醫師親自診斷，特此證明</b></p> <p>主治醫師 _____ 簽章</p> <p>專科醫師證書號碼 _____</p> <p>科    別 _____</p> <p>院    長 _____ 簽章</p> <p>中央衛生主管機關評鑑合格醫院名稱及字號</p> <p>評鑑合格字號 _____</p> <p>醫院名稱 _____ 印信</p> <p>中華民國            年            月            日</p>
--------------	--

97年9月修訂

## 出具公教人員保險殘廢證明書注意事項

- 一、本殘廢證明書必須由中央衛生主管機關評鑑合格地區醫院以上之醫院出具。
- 二、本殘廢證明書各欄應由主治醫師填註。
- 三、本殘廢證明書，必須被保險人罹患之傷病經治療後症狀固定，再行治療仍無法改善，且殘情符合公教人員保險殘廢給付標準表之規定者，始予出具。
- 四、除手術切除器官存活期滿一個月外，被保險人死亡前一個月內或彌留狀態或不治死亡後，所出具之殘廢證明書，不得據以請領殘廢給付。
- 五、有關確定成殘日期之審定，請依下列規定辦理：
  - (一) 手術切除器官，存活一個月以上者，以該手術日期為準。
  - (二) 醫療或手術後，仍需施行復健治療者，須以復健治療期滿六個月仍無法改善時為準。其他須經治療觀察始能確定成殘廢者，經主治醫師敘明理由，以治療觀察期滿六個月仍無法改善時為準。
  - (三) 須長期接受透析治療（洗腎）者，以開始透析之日期為準。
  - (四) 殘廢標準已明定治療最低期限者，以期限屆滿仍無法改善時為準。
- 六、本殘廢證明書內殘廢標準項下所稱「以下」或「以上」者，均含本數。
- 七、本殘廢證明書如有虛偽不實之記載，填寫人將觸犯刑法偽造文書罪。
- 八、本殘廢證明書須經承保機關查核與本保險法規相符後始為有效。

# 公教人員保險被保險人委託查詢病歷資料同意書

(本同意書請被保險人或法定代理人填寫並簽名蓋章)

被保險人\_\_\_\_\_因請領公教人員保險殘廢給付之需要，同意授權委託臺灣銀行股份有限公司公教保險部，向 貴醫院查詢相關病歷資料，請依需求提供資料。

此 致

醫院

被保險人姓名：

身分證字號：

出生日期： 年 月 日

聯絡地址：

聯絡電話：

立同意書人：  
(或法定代理人)：

(簽名蓋章)

中 華 民 國 年 月 日

殘廢標準及病情詳況填註說明

1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。

2、請將病情實況於□打V或加註文字說明，每一打V或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。

3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本殘廢證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「殘廢部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

項目	殘等	編號	殘廢標準	說明	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選)
視力 或 眼睛	全殘廢	1	雙目缺。	1.「視力」之測定，根據萬國視力檢查表之規定，以矯正後視力為準。 2.「眼瞼缺損」係指閉瞼時不能完全覆蓋角膜之程度。 3.「機能障礙」，係指運動障礙，閉瞼時瞳孔範圍全覆或閉瞼時不能完全覆蓋角膜者。	初診時： 視力： 未矯正：左_____；右_____ 矯正後：左_____；右_____ 視野：左_____度；右_____度 確定成殘時： 視力： 未矯正：左_____；右_____ 矯正後：左_____；右_____ 視野：左_____度；右_____度 <input type="checkbox"/> 眼球內容物剷除： <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 一目或雙目眼瞼閉瞼時不能完全覆蓋角膜。 <input type="checkbox"/> 一目或雙目眼瞼痲痺。 <input type="checkbox"/> 閉瞼時瞳孔範圍全覆。
		2	雙目視力均減退至○·○五以下，經治療三個月無效者。		
		3	雙目視野均小於十五度，且雙目視力均在○·一以下，經治療三個月無效者。		
	半殘廢	22	一目缺。		
		23	一目視力減退至○·○五以下，經治療三個月無效者。		
		24	雙目視力均減退至○·四以下，經治療六個月無效者。		
部分殘廢	25	雙目視野均小於十五度，且雙目視力均在○·六以下，經治療六個月無效者。			
	45	雙目視力均減退至○·六以下，經治療六個月無效者。			
		47	一目或雙目眼瞼缺損或痲痺，有機能障礙，經治療六個月仍無法矯治者。		
咀嚼 及 吞嚥 機能	全殘廢	4	咀嚼及吞嚥機能喪失無法矯治者。	1.「咀嚼機能喪失」係指除流質外，不能攝取其他食物。 2.「吞嚥機能喪失」係指必須永久灌食者。	<input type="checkbox"/> 僅能吃流質（不含粥、糊狀食物），不能攝取其他食物。 <input type="checkbox"/> 能吃半流質(含粥、糊狀食物)(不得請領)。 <input type="checkbox"/> 必須永久灌食(暫時性灌食者請勿勾選)。 <input type="checkbox"/> 灌食方式：  <input type="checkbox"/> 作食道再造術。
	半殘廢	28	吞嚥機能喪失無法矯治者。		
	部分殘廢	51	咀嚼機能喪失，無法矯治者。		
食道	半殘廢	29	食道再造術者。		
	部分殘廢	51-1	食道嚴重狹窄，經連續治療六個月後，僅能進食流質者。		
言語 機能	全殘廢	5	言語機能喪失無法矯治者。	1.「言語機能喪失」係指下列情形之一者： (1)指構成語言之口唇音、齒生音、口蓋音、咽頭音等之四種語言機能中，有三種以上不能發出者。 (2)聲帶全部剔除者。 (3)因腦部言語中樞神經之損傷而患失語症者。 2.不能傳達意思係指以「言語表示」對方不能通曉其語意。	<input type="checkbox"/> 聲帶剔除： <input type="checkbox"/> 全部剔除者。 <input type="checkbox"/> 部分剔除者。(不得請領) *以下三項須附言語評估表 <input type="checkbox"/> 因腦部言語中樞神經之損傷而患失語症。 <input type="checkbox"/> 不能構成語言之語音計有： <input type="checkbox"/> 口唇音 <input type="checkbox"/> 齒生音 <input type="checkbox"/> 口蓋音 <input type="checkbox"/> 咽頭音 (須有三種以上不能發出，始合全殘廢) <input type="checkbox"/> 以言語表示，對方可否通曉其語意： _____
	半殘廢	44	言語障礙，不能傳達意思，無法矯治者。		

殘廢標準及病情詳況填註說明

1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。

2、請將病情實況於□打V或加註文字說明，每一打V或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。

3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本殘廢證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「殘廢部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

項目	殘等	編號	殘廢標準	說明	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選)
心臟	全殘廢	6	慢性心臟病，且有多次心臟衰竭，經治療六個月，仍遺留第四度心臟功能損害者。	1. 心臟功能損害分類標準(美國醫學會制定): 第四度: 有心臟病且無法活動, 在靜止狀態下, 亦有心臟衰竭症狀。 第三度: 有心臟病, 且有重度行動障礙, 休息時無症狀, 稍有活動即氣喘心悸, 或有胸痛症狀, 不能從事任何操作勞動者。 第二度(含)以下不得請領。 2. 第三度心臟功能損害之可逆性甚高, 故病患必需連續治療六個月, 而無改善者可視為半殘廢。	<input type="checkbox"/> 慢性心臟病, 且有多次心臟衰竭, 經治療六個月, 仍遺留第四度心臟功能損害。 <input type="checkbox"/> 嚴重心律不整(復發性心室性頻脈及持續性房室傳導阻斷等), 合併多發性昏厥, 經治療六個月無效者。 <input type="checkbox"/> 慢性心臟病治療後, 遺留第四度心臟功能損害。 <input type="checkbox"/> 慢性心臟病治療後, 遺留第三度心臟功能損害。 <input type="checkbox"/> 心臟移植後經治療六個月後, 仍遺留第三度心臟功能損害者。 <input type="checkbox"/> 惡性高血壓, 且眼底有第四度高血壓病變, 經治療六個月無效者。 <input type="checkbox"/> 其他(請詳述於本證明書首頁圖解欄, 並附心電圖影本、心臟超音波正本及報告)。
		7	嚴重心律不整(復發性心室性頻脈及持續性房室傳導阻斷等)合併多發性昏厥及第四度心臟功能損害, 經治療六個月無效者。		
		8	惡性高血壓, 且眼底有第四度高血壓病變, 經治療六個月無效者。		
	半殘廢	28-1	慢性心臟病, 且有多次心臟衰竭, 經連續治療六個月, 仍有下列情形之一者: (1)遺留第三度心臟功能損害者。 (2)心臟移植者, 須經治療六個月後, 仍遺留第三度心臟功能損害者。		
腸	全殘廢	12	因醫療目的, 大腸或小腸「大量切除」, 且於手術切除起六個月內體重均無法保持而逐漸下降, 致終身無法從事任何工作, 且日常生活須他人照顧者。	1. 大腸包括結腸及直腸。 2. 「大量切除」係指須大腸切除三分之二以上, 或小腸切除一半以上, 或大小腸合併切除一半以上。 3. 大腸或小腸切除者, 其成殘日期以手術日期為準。 4. 排便次數過於頻繁係指每天排便次數超過六次。 5. 營養失衡係指血清白蛋白少於2.8g/dl或血清運鐵蛋白少於150mg/dl。	<input type="checkbox"/> 大腸(包括結腸及直腸)切除三分之二以上。 <input type="checkbox"/> 小腸切除一半以上。 <input type="checkbox"/> 大小腸合併切除一半以上。 (*上述切除範圍須附手術紀錄) <input type="checkbox"/> 手術切除起連續六個月體重: 日期_____ : _____公斤 日期_____ : _____公斤 日期_____ : _____公斤 日期_____ : _____公斤 日期_____ : _____公斤 <input type="checkbox"/> 工作能力: <input type="checkbox"/> 尚可工作 <input type="checkbox"/> 終身無法從事任何工作 <input type="checkbox"/> 日常生活: <input type="checkbox"/> 須他人照顧 <input type="checkbox"/> 不須他人照顧 <input type="checkbox"/> 嚴重影響日常生活及工作。 <input type="checkbox"/> 手術切除起六個月內, 經藥物治療後, 排便次數均仍過於頻繁(每天排便次數須超過六次)。 <input type="checkbox"/> 營養失衡指數: 血清白蛋白_____g/dl 血清運鐵蛋白_____mg/dl <input type="checkbox"/> 肛門皮膚糜爛。 <input type="checkbox"/> 肛門功能喪失, 施行永久性人工肛門手術。
		半殘廢	30-1		
	半殘廢	32	肛門功能喪失, 施行永久性人工肛門手術者。		



殘廢標準及病情詳況填註說明

1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。

2、請將病情實況於□打V或加註文字說明，每一打V或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。

3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本殘廢證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「殘廢部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

項目	殘等	編號	殘廢標準	說明	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選)
肺 呼 吸 系 統	全殘廢	9	因呼吸系統疾病所致肺功能障礙，需氧氣或人工呼吸器以維持生命，且有下列情形之一者： (1)慢性穩定狀況時，未給予額外氧氣呼吸，動脈血氧分壓低於（或等於）50mmHg，經三個月治療仍未改善者。 (2)需使用人工呼吸器，以維持生命，經三個月治療仍未改善者。	1. 肺功能障礙，係指由呼吸系統疾病引發，而經治療三個月以上，無法改進之慢性障礙者。 2. FEV1 係第一秒用力呼氣量。 3. 通氣功能係指快速及用力呼吸 12 秒後每分鐘之通氣量。	<input type="checkbox"/> 需氧氣或人工呼吸器以維持生命。 <input type="checkbox"/> 連續三個月以上治療仍未改善 (*須附人工呼吸器或氧氣使用紀錄)。 <input type="checkbox"/> 慢性穩定狀況，未給予額外氧氣呼吸，動脈血氧分壓為：_____mmHg。 <input type="checkbox"/> 經過六個月以上治療，肺功能仍未改善：
	半殘廢	28-2	肺臟疾病經六個月以上治療或肺臟移植者經六個月以上治療，肺功能仍未改善，且日常生活高度依存他人照顧，而有下列情形之一者： (1)FEV1 為正常值百分之二十五以下者。 (2)通氣功能為正常值百分之四十以下者。 (3)FEV1/FVC 之比率為正常值百分之三十五以下者。 (4)氣體交換為正常值百分之二十五以下者。	4. FVC 係指用力吐氣之肺活量。 5. 氣體交換係指一氧化碳在血液與肺泡氣間之瀰散量。	<input type="checkbox"/> 肺臟疾病 <input type="checkbox"/> 肺臟移植後 <input type="checkbox"/> 肺臟切除： <input type="checkbox"/> 切除一側或以上，且經治療，肺功能仍未改善。 <input type="checkbox"/> 切除兩葉或以上未達一側肺，且經治療肺功能仍未改善。
		28-3	肺臟切除一側或以上，且經治療，肺功能仍未改善，而日常生活高度依存他人照顧者。		<input type="checkbox"/> 日常生活依存他人照顧： <input type="checkbox"/> 高度依存 <input type="checkbox"/> 部分依存
	部分殘廢	53	肺臟疾病經六個月以上治療或肺臟移植者經六個月以上治療，肺功能仍未改善，且日常生活部分依存他人照顧，而有下列情形之一者： (1)FEV1為正常值百分之二十五至三十者。 (2)通氣功能為正常值百分之四十至四十五者。 (3)FEV1/FVC之比率為正常值百分之三十五至四十者。 (4)氣體交換為正常值百分之二十五至三十者。		<input type="checkbox"/> 肺功能檢查結果： 檢查日期： 年 月 日 FEV1 為正常值_____ % 通氣功能為正常值_____ % FEV1/FVC 比率為正常值_____ % 氣體交換為正常值_____ %
		53-1	肺臟切除兩葉或以上未達一側肺，且經治療，肺功能仍未改善，而日常生活部分依存他人照顧者。		

**殘廢標準及病情詳況填註說明**

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。  
 2、請將病情實況於□打V或加註文字說明，每一打V或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。  
 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本殘廢證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「殘廢部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

項目	殘等	編號	殘廢標準	說明	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選)
肝臟	全殘廢	10	肝臟代償力喪失之肝硬化症，經治療六個月以上，仍無法改善且病情持續者。	1. 「病情持續」係指經連續治療六個月以上，病情呈現穩定狀態且無法改善而言；如已瀕臨死亡或彌留狀態，致病情持續惡化之情形，不屬於給付範圍。 2. 肝臟代償力喪失之認定標準包括下列各項： (1) 血中總膽紅素值大於2mg%。 (2) 凝血酶時間延長期間大於或等於六秒。 (3) 發生肝性腦病變。 (4) 食道或胃靜脈曲張出血。 (5) 大量腹水，並腹膜炎。 其中第(1)及第(2)項需持續存在；第(3)、(4)及(5)項可不定時出現。	<input type="checkbox"/> 血中總膽紅素_____mg% (檢驗標準值：_____) 上述數值是否連續六個月以上：_____ (期間：年 月 日至 年 月 日) <input type="checkbox"/> 凝血酶時間延長期間_____秒 (檢驗標準值：_____) 上述數值是否連續六個月以上：_____ (期間：年 月 日至 年 月 日) <input type="checkbox"/> 已發生肝性腦病變 <input type="checkbox"/> 食道或胃靜脈曲張出血 <input type="checkbox"/> 大量腹水 <input type="checkbox"/> 腹膜炎
	半殘廢	28-4	肝硬化症經組織切片證實，且經觀察及治療六個月以上，仍存在有肝臟代償力失常之狀況者。	3. 肝臟代償力失常，指存在下列情形者： (1) 血中總膽紅素值異常升高，但小於或等於2mg%。 (2) 凝血酶時間延長，惟其延長期間小於或等於三秒。 (3) 經內視鏡檢查證實有食道或胃靜脈曲張。	<input type="checkbox"/> 經切片證實有肝硬化症(*須附組織切片病理報告) <input type="checkbox"/> 其他(請詳述)
胰臟	全殘廢	11	胰臟全部切除者。	部分切除者不得請領。	<input type="checkbox"/> 全部切除
胃	半殘廢	30	胃全部切除者。	次全切除及部分切除者不得請領。	<input type="checkbox"/> 全部切除(不含次全切除)
泌尿	半殘廢	31	膀胱全部切除者(含人工膀胱造瘻)。	請於證明書首頁圖解欄繪圖，並附膀胱功能檢查紀錄。	<input type="checkbox"/> 膀胱全部切除(含人工膀胱造瘻)
		33	設置永久性尿管，皮膚或直腸瘻管或大腸、小腸、人工膀胱瘻者。		<input type="checkbox"/> 設置永久性尿管(非導尿管)設置目的： <input type="checkbox"/> 皮膚或直腸瘻管或大腸、小腸、人工膀胱瘻

殘廢標準及病情詳況填註說明

1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。

2、請將病情實況於□打V或加註文字說明，每一打V或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。

3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本殘廢證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「殘廢部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

項目	殘等	編號	殘廢標準	說明	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選)
腎臟	全殘廢	13	慢性腎臟病或腎臟泌尿道手術導致末期腎臟病變，終身無法從事任何工作，而有下列情形之一者： (1)肌酸酐廓清試驗每分鐘在五公撮以下，經治療四個月並連續檢查無進步者 (2)須長期接受透析治療(洗腎)者。	1. 關於肌酸酐廓清試驗採現行腎功能衰竭之指標，並以需洗腎者之標準為準。 2. 本項洗腎者成殘日期採用開始透析之日期為準。	<input type="checkbox"/> 須長期接受透析治療(洗腎)開始洗腎日期：年 月 日。 <input type="checkbox"/> 雖有腎臟病變，但仍可繼續工作。 <input type="checkbox"/> 因腎臟病變致終身無法從事任何工作。 <input type="checkbox"/> 肌酸酐廓清試驗(每分鐘)：檢查日期(須連續四個月) 1. 年 月 日 結果：_____ ml/min。 2. 年 月 日 結果：_____ ml/min。 3. 年 月 日 結果：_____ ml/min。 4. 年 月 日 結果：_____ ml/min。 *檢查方式：
	半殘廢	31-1	慢性腎臟病或腎臟泌尿道手術導致末期腎臟病變，仍可繼續工作，而有下列情形之一者： (1)肌酸酐廓清試驗每分鐘在五公撮以下，經治療四個月並連續檢查無進步者。 (2)須長期接受透析治療(洗腎)者。		
	部分殘廢	54	先天一側腎臟缺失、發育不良、萎縮，或一側腎臟因病變切除，或一側腎臟因捐贈腎臟移植而切除，且另一側腎臟因病變，併有下列腎功能異常情形者： 1. 血中肌酸酐值大於2.0mg/dl 且肌酸酐廓清率小於40ml/min。 2. 經三個月後腎功能再追蹤檢查一次仍達上述標準者。	因病切除一側腎者，或捐腎切除一側腎者，若另一側腎功能檢查未達上述腎功能異常之程度，不在給付範圍。	<input type="checkbox"/> 已無功能之腎臟： <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側： 原因： <input type="checkbox"/> 先天缺失 <input type="checkbox"/> 發育不良 <input type="checkbox"/> 已萎縮 <input type="checkbox"/> 已因病變切除 <input type="checkbox"/> 因捐腎移植而切除 <input type="checkbox"/> 其他  <input type="checkbox"/> 另一側腎有功能異常： <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 檢查日期：年 月 日 血中肌酸酐值為：_____mg/dl 肌酸酐廓清率：_____ml/min (*檢查方式： ) *三個月後檢查日期：年 月 日 血中肌酸酐值為：_____mg/dl 肌酸酐廓清率：_____ml/min



殘廢標準及病情詳況填註說明

1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。

2、請將病情實況於□打V或加註文字說明，每一打V或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。

3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本殘廢證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「殘廢部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

項目	殘等	編號	殘廢標準	說明	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選)
生殖 機能	半殘廢	35	男性因傷病醫療全部切除或喪失陰莖及兩側睪丸者(變性手術不在此列)。	1. 喪失生殖能力須經精蟲檢查判定之，並檢附報告。 2. 施以避孕手術，如輸卵管結紮等，在未施以該手術前原有生殖能力者，視為尚有生殖能力。 3. 對不當及預防性子宮切除不予殘廢給付。	<input type="checkbox"/> 手術切除器官： 切除(或喪失)之部位： 女性： <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 兩側卵巢 男性： <input type="checkbox"/> 陰莖全部 <input type="checkbox"/> 兩側睪丸  <input type="checkbox"/> 因癌症經放射治療，致喪失生殖能力： 部位：_____ 放射劑量：_____
	部分殘廢	56	男性因傷病醫療切除或喪失陰莖者。		
		57	男性因傷病醫療摘除或喪失兩側睪丸，或因癌症經放射治療，因而喪失生殖能力者。		
		58	女性年齡未滿四十五歲，原有生殖能力，因傷病醫療，具有下列情形之一，致終身喪失生殖能力者： (1)子宮割除者。 (2)兩側卵巢割除者。 (3)因癌症生殖器官接受放射治療者。		
乳房	部分殘廢	58-1	一側以上乳房全切除者。	1. 「乳房全切除」係指，含乳頭、乳暈及乳暈、乳腺全部切除者。 2. 兩側乳房同時或先後切除者，其合計給付數額，最高以一次部分殘廢給付金額為限。	1. 切除部位： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 2. 切除範圍： <input type="checkbox"/> 乳頭 <input type="checkbox"/> 乳暈 <input type="checkbox"/> 乳腺 (上述三項部位未全切除者，不得請領)
神經 肌肉 障礙	全殘廢	15	神經肌肉障礙，經治療至少一年，仍存有下列情形之一者： (1)半身不遂，不能行走者。 (2)兩肢以上完全癱瘓者。		1. 神經肌肉障礙部位： <input type="checkbox"/> 半身(左、右、上、下) <input type="checkbox"/> 兩肢以上(左、右、上、下) <input type="checkbox"/> 一肢(左、右、上、下) 2. 四肢肌力： 左上肢：_____；左下肢：_____ 右上肢：_____；右下肢：_____ 3. 行動障礙： <input type="checkbox"/> 半身不遂，不能行走 <input type="checkbox"/> 兩肢以上完全癱瘓 <input type="checkbox"/> 一肢完全癱瘓 <input type="checkbox"/> 兩肢以上不全癱瘓，有顯著運動障礙 <input type="checkbox"/> 尚可行動 *請詳述實際障礙情形：  4. 大小便情形： <input type="checkbox"/> 永久失禁 <input type="checkbox"/> 其中之一永久失禁( <input type="checkbox"/> 大便 <input type="checkbox"/> 小便) 5. 工作能力： <input type="checkbox"/> 無法工作 <input type="checkbox"/> 有礙工作 <input type="checkbox"/> 可以正常工作 6. 其他補充說明：(須加蓋醫師章)
	半殘廢	34	神經肌肉障礙，經治療至少一年，仍存留下列情形之一者： (1)一肢完全癱瘓者。 (2)兩肢以上不全癱瘓，顯著運動障礙者。 (3)大小便永久失禁者。		
	部分殘廢	55	神經肌肉障礙，經治療至少一年，仍存留下列情形之一者： (1)一肢以上不全癱瘓且有礙工作者。 (2)有大小便其中之一永久性失禁者。		

**殘廢標準及病情詳況填註說明**

1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。

2、請將病情實況於□打V或加註文字說明，每一打V或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。

3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本殘廢證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「殘廢部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

項目	殘等	編號	殘廢標準	說明	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選)	
植物人	全殘廢	15-1	因大腦皮質功能完全喪失，而失去對外界之認知能力成為「植物人」，完全依賴他人照顧，須長期臥床，經治療六個月無效者。	植物人係指患者僅存一些原始反射及生命功能，雖然可睜、閉眼或時呈睡眠和清醒狀態，但不會有任何意識或知覺，可以自主呼吸卻不能咀嚼及吞嚥。至於因神經損傷致完全喪失日常生活能力，完全依賴他人照護的患者，如中風、腦缺氧、脊髓傷害、老年痴呆晚期或帕金森病晚期等，因基本上還有全部或部分意識，非上述定義所稱之植物人。	<input type="checkbox"/> 已呈植物人狀態，並請詳述實際狀態情形：	
容顏	半殘廢	43	頭、臉部嚴重損壞，經積極整形復健治療後，仍遺留有下列情形之一，無法或難以修復者： 1. 頭、臉部之殘缺面積（以頭、臉部可見部位所佔面積之比例計算）達百分之五十以上者。 2. 鼻部、眼窩、雙側上顎或下顎缺損二分之一以上者。	1. 「頭、臉部之殘缺」係指疤痕、凹陷或變形等情形。 2. 頭、臉部殘缺之鑑定，應檢附照片，以正面或側面照片顯示殘缺位置與範圍，並據此計算殘缺面積所佔之比例。	1. 頭、臉部嚴重損壞（係指疤痕、凹陷、變形）： <input type="checkbox"/> 無法或難以修復 <input type="checkbox"/> 經整形復健後仍無法改善 <input type="checkbox"/> 尚須經整形修復 2. 殘缺面積百分比：_____（須檢附矯治後正面、側面照片至少5x7大小） 3. <input type="checkbox"/> 疤痕： <input type="checkbox"/> 已成熟 <input type="checkbox"/> 未成熟 <input type="checkbox"/> 範圍大小：___cm x ___cm <input type="checkbox"/> 凹陷： <input type="checkbox"/> 範圍大小：___cm x ___cm <input type="checkbox"/> 變形：請詳述： 4. 鼻部缺損範圍：_____（比例） 眼窩缺損範圍：_____（比例） 雙側上顎缺損位置：_____範圍：_____（比例） 雙側下顎缺損位置：_____範圍：_____（比例） 5. <input type="checkbox"/> 左側上顎：缺損範圍：_____（比例） 中線偏移：_____（公分） <input type="checkbox"/> 右側上顎：缺損範圍：_____（比例） 中線偏移：_____（公分） <input type="checkbox"/> 鼻骨全部或大部分缺損，致兩側鼻孔閉塞、鼻呼吸困難，不能矯治。 <input type="checkbox"/> 鼻骨全部或大部分缺損，致兩側嗅覺永久喪失。 (請於本證明書首頁圖解欄繪圖)	
	部分殘廢	50-1	頭、臉部嚴重損壞，經積極整形復健治療後，仍遺留有下列情形之一，無法或難以修復者： 1. 頭、臉部之殘缺面積（以頭、臉部可見部位所佔面積之比例計算）達百分之三十以上未達百分之五十者。 2. 缺鼻二分之一，單側上顎或下顎缺損二分之一以下造成中線偏移一公分以上者。			
	部分殘廢	50	鼻部缺損，致其機能遺存障礙，無法矯治者。		1. 「鼻部缺損」係指鼻骨全部或大部分缺損之程度。 2. 鼻部缺損之「機能障礙」係指兩側鼻孔閉塞，鼻呼吸困難，不能矯治，或兩側嗅覺喪失者。	

殘廢標準及病情詳況填註說明

1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。

2、請將病情實況於□打V或加註文字說明，每一打V或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。

3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本殘廢證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「殘廢部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

項目	殘等	編號	殘廢標準	說明	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選)
聽力	半殘廢	26	兩耳全聾者。	1. 聽力檢查應以精密聽力計檢查(Audiometry)為標準，其聽力損失以分貝表示之。 2. 對突發性聽力障礙須經治療六個月以上無效者。	初診時： <input type="checkbox"/> 全聾 ( <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳) <input type="checkbox"/> 聽力喪失：左_____分貝 右_____分貝  確定成殘時： <input type="checkbox"/> 全聾 ( <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳) <input type="checkbox"/> 聽力喪失：左_____分貝 右_____分貝
		27	兩耳鼓膜缺損或遺存重大障礙，致兩耳聽力各損失八十分貝以上者。		
	部分殘廢	48	一耳全聾者。		
		49	一耳鼓膜缺損或遺存重大障礙，致一耳聽力損失八十分貝以上，或兩耳聽力各損失七十分貝以上者。		
精神 (本項 需由 精神 專科 醫師 鑑定)	全殘廢	14	精神障礙，呈現極嚴重智能減退，且認知功能、職業功能、社交功能、日常生活功能退化，需完全仰賴他人養護或需密切監護者，經積極精神復健治療兩年以上，終身無法從事任何工作，且日常生活須他人照顧者。	1. 精神障礙及智能減退程度須由精神專科醫師鑑定之。 2. 因腦疾病、創傷或癡呆症所致認知功能、職業功能、社交功能、日常生活功能退化者，得適用精神障礙之規定辦理。	1、智能： <input type="checkbox"/> 極嚴重減退 <input type="checkbox"/> 嚴重減退 <input type="checkbox"/> 輕度減退 2、智能測定結果：總智商_____ 操作智商_____ 語言智商_____ 3、認知功能： <input type="checkbox"/> 明顯退化 <input type="checkbox"/> 輕度退化 <input type="checkbox"/> 無退化 4、社交功能： <input type="checkbox"/> 明顯退化 <input type="checkbox"/> 輕度退化 <input type="checkbox"/> 無退化 5、職業功能： <input type="checkbox"/> 終身無法從事任何工作。 <input type="checkbox"/> 經他人指示，可以從事工作。 <input type="checkbox"/> 仍可從事輕便工作。 <input type="checkbox"/> 經治療或復健或指導後，仍可恢復工作。 6、日常生活功能： <input type="checkbox"/> 須完全仰賴他人養護或密切監護。 <input type="checkbox"/> 僅能維持日常基本自我照顧能力。 <input type="checkbox"/> 可以自理。 7、其他補充說明：
	半殘廢	33-1	精神障礙，呈現嚴重智能減退，且認知功能、職業功能、社交功能有明顯退化，經積極精神復健治療一年以上，身體能力仍存，但非他人在身邊指示，終身不能從事任何工作，僅能維持日常基本自我照顧能力者。		

**殘廢標準及病情詳況填註說明**

1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。

2、請將病情實況於打或加註文字說明，每一打或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。

3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本殘廢證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「殘廢部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

項目	殘等	編號	殘廢標準	說明	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選)
肢體 殘缺	全殘廢	16	兩上肢腕關節以上(遠心端)殘缺者。	1. 「肢體殘缺」係指肢端因切除或截肢造成之殘缺。 2. 殘缺後經手術重建、整型恢復機能者，不視為殘廢。	殘缺部位(截肢或截指、趾)： <input type="checkbox"/> 兩上肢腕關節以上(遠心端) <input type="checkbox"/> 一上肢腕關節以上(遠心端)： <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 兩下肢踝關節以上(遠心端) <input type="checkbox"/> 一上肢踝關節以上(遠心端)： <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 兩下肢踝關節存在，踝關節以下(遠心端)，蹠趾關節以上 <input type="checkbox"/> 一下肢踝關節存在，踝關節以下(遠心端)，蹠趾關節以上 <input type="checkbox"/> 手指截指： <input type="checkbox"/> 左手： <input type="checkbox"/> 拇指 <input type="checkbox"/> 食指 <input type="checkbox"/> 中指 <input type="checkbox"/> 無名指 <input type="checkbox"/> 小指 <input type="checkbox"/> 右手： <input type="checkbox"/> 拇指 <input type="checkbox"/> 食指 <input type="checkbox"/> 中指 <input type="checkbox"/> 無名指 <input type="checkbox"/> 小指 <input type="checkbox"/> 一足五趾截趾 <input type="checkbox"/> 二足十趾截趾 <input type="checkbox"/> 其他 (請詳述並請於本證明書首頁圖解欄繪圖)
		18	雙手包括兩拇指、兩食指、六指以上殘缺者。		
		19	兩下肢踝關節以上(遠心端)殘缺者。		
	半殘廢	36	一上肢腕關節以上(遠心端)殘缺者。		
		38	一手包括一拇指、一食指、三指以上殘缺者。		
		39	雙手兩拇指殘缺者。		
		40	一下肢踝關節以上(遠心端)殘缺者。		
		41-1	兩下肢踝關節存在，踝關節以下(遠心端)，蹠趾關節以上殘缺者。		
		42	兩足十趾完全殘缺者		
		部分殘廢	61		
	62		一手三指以上殘缺者。		
	64		一下肢踝關節存在，踝關節以下(遠心端)，蹠趾關節以上殘缺者。		
	66		一足五趾完全殘缺者。		



**殘廢標準及病情詳況填註說明**

1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。

2、請將病情實況於□打V或加註文字說明，每一打V或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。

3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本殘廢證明書首頁繪圖並標示說明；惟被保險人之手術與出證如分屬不同醫院者，出證醫院得於首頁之「殘廢部位之詳細圖解與標示」欄中圖示或詳述被保險人之病情。

項目	殘等	編號	殘廢標準	說明	經醫師鑑定之病情詳況 (均可複選)
關節 機能	全殘廢	16-1	兩上肢腕關節及手各關節機能嚴重喪失者。	1. 「上肢」係指肩關節以下。 2. 「下肢」係指髖關節以下。 3. 「上肢三大關節」係指肩、肘、腕三關節。 4. 「下肢三大關節」係指髖、膝、踝三關節。	<input type="checkbox"/> 左上肢： <input type="checkbox"/> 肩：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 肘：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 腕：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 右上肢： <input type="checkbox"/> 肩：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 肘：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 腕：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 左下肢： <input type="checkbox"/> 髖：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 膝：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 踝：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 右下肢： <input type="checkbox"/> 髖：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 膝：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 踝：活動範圍____，功能喪失____%， <input type="checkbox"/> 有肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 手指各關節 (請詳述並繪圖標示活動範圍)： <input type="checkbox"/> 左手(請標示活動範圍)： 拇 指：____ 食 指：____ 中 指：____ 無名指：____ 小 指：____ <input type="checkbox"/> 右手 拇 指：____ 食 指：____ 中 指：____ 無名指：____ 小 指：____ <input type="checkbox"/> 頸椎：活動範圍：____ <input type="checkbox"/> 胸椎：活動範圍：____ <input type="checkbox"/> 腰椎：活動範圍：____ <input type="checkbox"/> 其他(請詳述並繪圖標示活動範圍) <input type="checkbox"/> 其他：請附X光片 <input type="checkbox"/> 兩肢平行站立時一足懸空 <input type="checkbox"/> 兩下肢相差____公分 (請於本證明書首頁圖解欄繪圖)
		17	兩上肢三大關節機能嚴重喪失者。		
		20	兩下肢三大關節機能嚴重喪失者。		
		21	兩腕關節及胸腰脊椎關節機能嚴重喪失者。		
	半殘廢	37	一上肢三大關節機能嚴重喪失者。	5. 各關節「機能嚴重喪失」之判斷指標，以主要關節功能(function)喪失百分之八十以上且有肌肉萎縮者為準。 6. 「指(趾)殘缺」係指遠位指(趾)關節一關節以上殘缺。 7. 「僵直」係指某一關節因疾病或傷害，經治療後固定在某一部位，活動範圍為零度或接近零度。 8. 關節機能殘廢之鑑定，應檢附X光片為據。 9. 關節機能殘廢者，須接受手術或適當治療後，經過一年以上仍無法改善而符合殘廢標準者，始可認定。 10. 經醫師鑑定需矯正者，於矯正前，不列殘等。	
		37-1	兩下肢(或兩上肢)三大關節中，各側分別有兩大關節機能嚴重喪失者。		
		37-2	兩下肢(或兩上肢)三大關節中，一側有一大關節，同時另側有兩大關節機能嚴重喪失者。		
		41	一下肢三大關節機能嚴重喪失者。		
	部分殘廢	59	一上肢腕關節及手各關節，機能嚴重喪失者。		
		60	一上肢兩大關節機能嚴重喪失者。		
		63	肩關節或肘關節有骨性或纖維性僵直者。		
		65	一下肢兩大關節機能嚴重喪失者。		
		65-1	兩下肢(或兩上肢)三大關節中，各側分別有一大關節機能嚴重喪失者。		
		67	腕關節或膝關節有骨性或纖維性僵直，兩肢平行站立時一足懸空者。		
		68	一下肢短五公分以上者。		
	69	頸椎或腰椎機能嚴重喪失者。			