

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：11558 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：葉香吟
聯絡電話：(02)8590-7334
傳真：(02)8590-7088
電子郵件：mdime@mohw.gov.tw

333



桃園市龜山區復興街5號

受文者：中華民國呼吸治療師公會全國聯合會

發文日期：中華民國109年3月24日
發文字號：衛部醫字第1091661886號
速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎醫事人員取消出國補償補助作業須知、附件1-醫事人員及社工人員因配合防疫取消出國之預繳損失費用清冊、附件2-醫院所屬醫事及社工人員因配合防疫取消出國之損失申請書

主旨：檢送「因應嚴重特殊傳染性肺炎醫院醫事人員及社工人員配合防疫取消出國之損失補助作業須知」，請貴局轉知所轄醫院，請查照。

說明：

- 一、依據本部109年3月19日衛部醫字第1091661682號函頒「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」第3點規定，暨中央流行疫情指揮中心109年3月17日肺中指字第1093800250號函頒醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)人員出國規定辦理。
- 二、旨揭補助由醫院執領據及所屬醫事人員及社工人員因配合防疫取消出國之損失費用清冊，於109年4月30日前向本部提出申請。

裝

訂

線



三、請醫院協助審查申請資料是否正確齊全，如有不實請領補助，申請之醫事或社工人員應負法律責任，相關原始憑證請留存醫院妥為保管，以備本部及審計部等相關單位查核，並視需要攜回原始憑證。

四、副本抄送各相關權責單位及協會團體協助週知宣導。

五、有關本須知相關申請及核銷等事宜，請洽本部醫事司，電話：02-85906666轉分機7395、7396及7399。

正本：地方政府衛生局

副本：教育部、法務部、國防部軍醫局、國軍退除役官兵輔導委員會、本部附屬醫療及社會福利機構管理會、台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、中華民國營養師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國呼吸治療師公會全國聯合會、中華民國語言治療師公會全國聯合會、中華民國臨床心理師公會全國聯合會、中華民國牙體技術師公會全國聯合會、中華民國社會工作師公會全國聯合會、中華民國聽力師公會全國聯合會、社團法人台灣醫務管理學會、臺北市醫師職業工會、台灣基層護理產業工會、台灣護師醫療產業工會、臺灣護理產業工會、臺灣醫事檢驗產業工會、社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、本部會計處(均含附件)

部長陳時中

因應嚴重特殊傳染性肺炎

醫院醫事人員及社工人員配合防疫取消出國之損失補助作業須知

一、為辦理醫院醫事人員及社工人員配合防疫取消出國損失補助，特訂定本作業須知。

二、補助條件：

(一)對象：執業登記且實際服務於醫院之醫事人員及在職社工人員，並以本人為限（註1及2）。

(二)預計出國期間：自109年2月23日起至109年6月30日止。

(三)以2月23日(含當日)前預定(或報名)出國且已繳費，因配合政府政策或防疫需要，取消出國所衍生之無法退費相關損失(含旅費、住宿、會議之報名費等)，覈實申請。

三、申請程序：

(一)由申請人依其為自由行、旅行團行程或公務行程，填寫配合防疫取消出國之損失費用清單(附件1)，及申請聲明書(附件2)併附相關證明文件，交給其任職醫院。

(二)由醫院彙整並審查所有申請案件，並填寫配合防疫取消出國之損失費用清冊(附件3)

(三)請醫院於109年4月30日前，填寫配合防疫取消出國之損失費用清冊(附件3)、領據及匯款帳號函報本部請領。(逾期不予受理)

四、申請本補助費用者，如已受有其他法令規定之費用給付，不得重複請領。

*備註：

註1. 醫事人員：係指領有中央主管機關核發之醫師(含西、中、牙)、藥師、護理師、物理治療師、職能治療師、醫事檢驗師、醫事放射師、營養師、助產師、臨床心理師、諮商心理師、呼吸治療師、語言治療師、聽力師、牙體技術師、驗光師、藥劑生、護士、助產士、物理治療生、職能治療生、醫事檢驗生、醫事放射士、牙體技術生、驗光生及其他醫事專門職業證書之人員。

註2. 社工人員：社工師、社工員。

附件 1

醫院醫事人員及社工人員配合防疫取消出國之損失費用清單
(自由行)

一、基本資料：

申請人	身分證字號	地點(國家)	出國起訖時間
			年 月 日~ 年 月 日

二、損失費用清冊：

單位：新臺幣元					
項 目	付款日期	繳交金額 (A)	退款金額 (B)	損失金額 (C=A-B)	備註
機票費	年 月 日				
住宿費	年 月 日				
保險、簽證費	年 月 日				
交通、娛樂票券	年 月 日				
報名費	年 月 日				
其他	年 月 日				
總計					
※請併附繳費證明及退費收據(或無法退費之證明)等相關證明文件。(若為影本或網路下載文件需有本人簽名)					

申請人簽名：

醫院醫事人員及社工人員配合防疫取消出國之損失費用清單 (旅行團行程)

一、基本資料：

申請人	身分證字號	地點(國家)	出國起訖時間
			年 月 日 ~ 年 月 日

二、損失費用清冊：

單位：新臺幣元					
項 目	付款日期	繳交金額 (A)	退款金額 (B)	損失金額 (C=A-B)	備註
團費	年 月 日				
其他	年 月 日				
總計					
<p>※請併附繳費證明及退費收據(或無法退費之證明)等相關證明文件。(若為影本或網路下載文件需有本人簽名)</p>					

申請人簽名：

附件 1

醫院醫事人員及社工人員配合防疫取消出國之損失費用清單
(公務行程)

一、基本資料：

申請人	身分證字號	地點(國家)	出國起訖時間		
			年	月	日~ 年 月 日

二、損失費用清冊：

單位：新臺幣元					
項 目	付款日期	繳交金額 (A)	退款金額 (B)	損失金額 (C=A-B)	備註
團費	年 月 日				
交通票券	年 月 日				
報名費	年 月 日				
其他	年 月 日				
總計					
※請併附繳費證明及退費收據(或無法退費之證明)等相關證明文件。(若為影本或網路下載文件需有本人簽名)					

申請人簽名：

醫院醫事人員及社工人員配合防疫取消出國之損失 申請聲明書

本人(姓名)_____檢附「醫院醫事人員及社工人員配合防疫取消出國之損失費用清單」，向貴部申請補助金額為新臺幣_____元，所陳內容一切屬實，如有重複向其他機關(單位)申請同項目費用，或申請文件及金額有虛報、浮報、不實等情事，經查證屬實，本人同意退回補助款項，並負一切法律責任，特此為憑。

此致

衛生福利部

姓名：(請簽章)

身分證字號：

戶籍地址：

連絡電話：

任職醫院：

