

衛生福利部生產事故救濟申請書

限受理單位填寫
受理日期： 年 月 日
案件編號：

申請人(即請求權人)	姓名	王○人(父) 林○麗(母)	出生日期	66年○○月○○日 70年○○月○○日
	身分證 統一編號	C○○○○○○○○○○ A○○○○○○○○○○	聯絡電話	(日)09○○○○○○○○ (夜)(02)87○○○○○○
	通訊地址	○○市○○區○○路○○號		
	電子郵件	○○○○@gmail.com		
法定代理人(無則免填)	姓名		出生日期	年 月 日
	身分證 統一編號		聯絡電話	(日) (夜)
	通訊地址			
	電子郵件			
受害人(可複選)	類別	姓 名	出生日期	身分證統一編號
	<input type="checkbox"/> 產婦		年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 胎兒	(範例:○○○之子、女)	(免填)	(免填)
	<input checked="" type="checkbox"/> 新生兒	王○弟	105年7月1日	A○○○○○○○○○○
生產事故概要	生產日期	105年 7月 1日		
	發生地點	填報生產事故發生之醫療機構或助產機構名稱。(如至2家以上之機構求診者,其機構名稱,均須填報;如非於醫療院所或助產機構發生事故者,請詳述發生地點。) <input checked="" type="checkbox"/> 機構名稱: 健康醫院生產、新生兒轉診安心醫院 <input type="checkbox"/> 其他:		
申請救濟給付種類(可複選)	重大傷害 給付	<input type="checkbox"/> 產婦重大傷害給付 <input type="checkbox"/> 新生兒重大傷害給付		
	死亡給付	<input type="checkbox"/> 產婦死亡給付 <input type="checkbox"/> 胎兒死亡給付 <input checked="" type="checkbox"/> 新生兒死亡給付		
	申請資格	<input type="checkbox"/> 申請人為受害人本人(申請重大傷害給付) <input checked="" type="checkbox"/> 申請人為受害人之法定繼承人(申請產婦或新生兒死亡給付),須檢附繼承系統表 <input type="checkbox"/> 申請人為胎兒之母(申請胎兒死亡給付)		
其他事項	本案同一生產事故繫訟狀態(請擇一勾選) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有,請說明: _____			

- 一、本人已確認申請資料屬實。
- 二、本人已詳閱生產事故救濟申請說明事項，並願意遵守。
- 三、為辦理生產事故救濟申請作業，同意委由衛生福利部所委託之財團法人(台灣婦女健康暨泌尿基金會)，向醫療機構或助產機構及其他相關機關(構)要求提供與本次生產相關之個人病歷、各項檢查報告及健保醫令清單等資料複製本。
- 四、申請檢附之資料：

勾選欄	名稱	如無檢附，請詳敘理由
<input checked="" type="checkbox"/>	1. 產婦生產過程之醫療機構病歷摘要或助產機構紀錄。(涉及2家以上之醫療機構或助產機構，均應檢附)	
<input checked="" type="checkbox"/>	2. 申請人與受害人之關係證明。(如身分證正反面影本、戶籍謄本)	
<input checked="" type="checkbox"/>	3-1. 申請死亡給付者，檢附死亡證明書或死產證明書。 3-2. 申請重大傷害給付者，檢附身心障礙證明影本或診斷書。	
<input checked="" type="checkbox"/>	4. 衛生福利部生產事故救濟申請書(一式二份)。	
<input checked="" type="checkbox"/>	5. 繼承系統表。	(申請產婦或新生兒死亡給付須檢附)
<input checked="" type="checkbox"/>	6. 衛生福利部生產事故受領救濟給付之繼承人委託書。	(繼承人有2人(含)以上須檢附)
<input checked="" type="checkbox"/>	7. 衛生福利部生產事故救濟申請委託書。	(委託代理申請須檢附)

申請人簽章：王○人  林○麗  (簽名並蓋章)

法定代理人簽章：_____ (簽名並蓋章)

委託代理人簽章/醫療(助產)機構蓋章：健康醫院  (簽名並蓋章)

中華民國 105 年 9 月 1 日

※生產事故救濟申請說明事項：

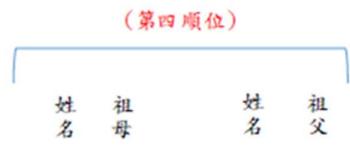
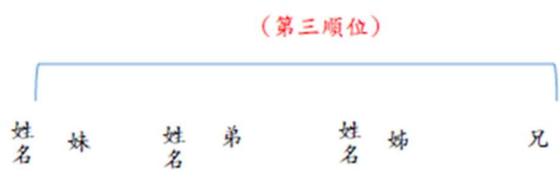
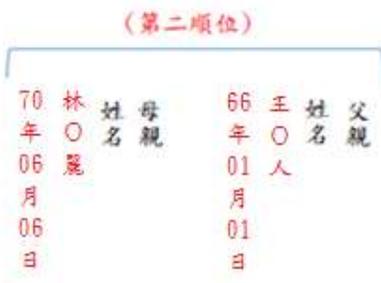
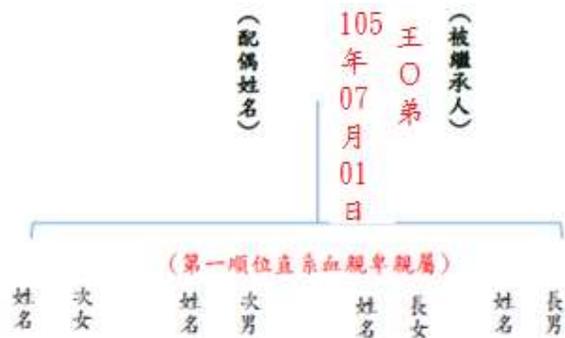
- 一、生產事故救濟給付種類及請求權人：
- (一)死亡給付：產婦或新生兒死亡時，為其法定繼承人。胎兒死亡時，為其母。
- (二)重大傷害給付：受害人本人。
- 二、生產事故救濟款項請求權：自請求權人知有生產事故時起，因二年間不行使而消滅；生產事故發生逾十年者，亦同。
- 三、生產事故救濟，以與生產有因果關係或無法排除有因果關係者為限。但有下列各款情事之一時，不予救濟：
- (一)非醫療目的之中止妊娠致孕產婦與胎兒之不良結果。
- (二)因重大先天畸形、基因缺陷或未滿三十三週早產所致胎兒死亡(含胎死腹中)或新生兒之不良結果。
- (三)因懷孕或生育所致孕產婦心理或精神損害之不良結果者。
- (四)同一生產事故已提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。但下列情形，不在此限：
1. 民事訴訟前於第一審辯論終結前撤回起訴。
 2. 告訴乃論案件於偵查終結前撤回告訴或於第一審辯論終結前撤回自訴。
 3. 非告訴乃論案件於偵查終結前以書面陳報不追究之意。
- (五)應依藥害、預防接種或依其他法律所定申請救濟。
- (六)申請救濟之資料虛偽或不實。
- (七)本條例施行前已發生之生產事故。
- 四、給付救濟後，有下列情形之一者，受領人應予返還：
- (一)有具體事實證明依本條例第11條規定不應救濟。
- (二)同一生產於救濟後，提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。
- 五、如由法定代理人代為提出申請，法定代理人應於「申請人簽章」欄位簽寫申請人姓名，並於「法定代理人簽章」欄位簽名並蓋章。
- 六、如由委託代理人或醫療(助產)機構代為提出申請，委託代理人或醫療(助產)機構應於「申請人簽章」欄位簽寫申請人姓名。委託代理人於「委託代理人簽章/醫療(助產)機構蓋章」欄位簽名並蓋章，醫療(助產)機構則填寫機構名稱及蓋大小章。
- 七、當申請人未成年(即未滿20歲)且未婚，或受監護宣告情形時，應由法定代理人代為申請。法定代理人係指：1. 未成年且未婚者之父母(無父母，或父母均不能行使親權者，則應設置有監護人代為申請)；2. 經法院為監護宣告者之監護人。

繼 承 系 統 表

本系統表係 王○弟 (被繼承人姓名)繼承系統表無訛，系統表係參酌民法第一一三八條至第一一四四條之規定據實填載，如有虛偽不實足生損害於公眾或他人時，申請人願負責任。

身分	姓名	出生年月日	死亡年月日
被繼承人	王○弟	105年7月1日	105年7月1日

- (說明：1. 先順位有人繼承(即未死亡或拋棄繼承者)，則後順位無繼承權即毋庸填寫，例如：第一順位有人繼承，即毋庸填寫第二、三、四順位；如第一順位全數死亡或拋棄者，由第二順位繼承，需填寫至第一及第二順位，以此類推。
 2. 請於填載時一併註明各繼承人之出生年月日。
 3. 繼承人中如有已死亡或拋棄繼承者，請於填載時一併註明之。)



申請人（上述第 二 順位全體繼承人）：

王○人 （簽名並加蓋印鑑章）
林○麗 （簽名並加蓋印鑑章）
（簽名並加蓋印鑑章）
（簽名並加蓋印鑑章）
（簽名並加蓋印鑑章）

※檢附被繼承人除戶戶籍謄本及繼承人三個月內戶籍謄本。

※如繼承人中有死亡或拋棄繼承者，需檢附死亡或拋棄繼承之證明文件。

中 華 民 國 105 年 9 月 1 日

衛生福利部生產事故受領救濟給付之繼承人委託書

為申請衛生福利部生產事故救濟死亡給付，第二順位全體法定繼承人同意授權委託受委託人代表辦理提出申請並代為領取救濟給付，救濟給付領取後由全體繼承人自行協調分配，受委託人如有不法行為侵害委託人之權利者，衛生福利部不負相關責任。

此致 衛生福利部

委託人：林○麗  (簽名並蓋章)

身分證統一編號：A○○○○○○○○○○
通訊地址：○○市○○區○○路○○號
聯絡電話：(02) 87○○○○○○○○

委託人： (簽名並蓋章)

身分證統一編號：
通訊地址：
聯絡電話：

委託人： (簽名並蓋章)

身分證統一編號：
通訊地址：
聯絡電話：

委託人： (簽名並蓋章)

身分證統一編號：
通訊地址：
聯絡電話：

受委託人：王○人  (簽名並蓋章)

身分證統一編號：C○○○○○○○○○○
通訊地址：○○市○○區○○路○○號
聯絡電話：09○○○○○○○○○○

中華民國 105 年 9 月 1 日

註一：委託人即法定繼承人(未依民法第一一七四條至第一一七六條之規定拋棄繼承)。
註二：受委託人須為法定繼承人之一。

衛生福利部生產事故救濟申請委託書

本人王○人(姓名)為申請生產事故救濟給付，茲委託受委託人

健康醫院(為生產事故救濟作業辦法第四條所列之代理人或醫療(助產)機構)代理辦理申請及資料補正等相關事宜，提出委託書。

此致
衛生福利部

委託人：王○人  (簽名並蓋章)

身分證統一編號：○○○○○○○○○○

通訊地址：○○市○○區○○路○○號

聯絡電話：09○○○○○○○○

(請擇一勾選)

受委託醫療(助產)機構名稱：健康醫院

機構地址：○○市○○區○○路○○號

院(所)長：曾○康  (章)

聯絡人：黃○慧

聯絡電話：(02) 12345678

蓋
機
構
印
信



受委託人： (簽名並蓋章)

身分證統一編號：

聯絡電話：

通訊地址：

中華民國

105 年

9 月

1 日

註：委託人為生產事故救濟條例第八條所列生產事故救濟請求權人或其法定代理人。