

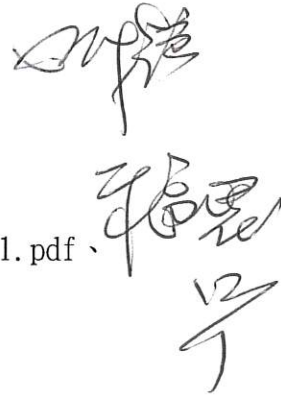
內政部營建署 函

地址：54045 南投市省府路38號select
聯絡人：黃建智
聯絡電話：049-2352911#329
電子郵件：jihl119@cpami.gov.tw
傳真：049-2352701

受文者：臺灣區綜合營造業同業公會

發文日期：中華民國110年11月30日
發文字號：營授辦建字第1100091733號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (1101241396_1100091733_110D2038974-01.pdf、
1101241396_1100091733_110D2038975-01.pdf、
1101241396_1100091733_110D2038976-01.pdf、
1101241396_1100091733_110D2038977-01.pdf)

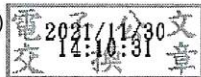


主旨：函轉勞動部配合中央流行疫情指揮中心邊境檢疫政策，自
110年12月1日起入境之移工，應由雇主於入境前為其投保
確診COVID-19醫療保險相關事宜，請依應配合事項辦理，
請查照周知。

說明：依據勞動部110年11月25日勞動發管字第1100519015號函辦
理。

正本：臺灣區綜合營造業同業公會、台灣區環境保護工程專業營造業同業公會、台灣區
鋼構組立工程專業營造業同業公會、台灣區鋼構吊裝工程專業營造業同業公會、
臺灣區基礎工程專業營造業同業公會、臺灣區防水工程專業營造業同業公會、臺灣
區擋土支撐及土方工程專業營造業同業公會、臺灣庭園景觀工程專業營造業同業
公會、臺灣區地下管線工程專業營造業同業公會、臺灣區施工塔架吊裝及模版工
程專業營造業同業公會、臺灣區預拌混凝土工程專業營造業同業公會、臺灣區鋼
構工程專業營造業同業公會、臺灣區營建鑽探工程專業營造業同業公會、臺灣區
帷幕牆工程專業營造業同業公會、中華民國土木包工商業同業公會全國聯合會、
本署建築管理組、公共工程組、道路工程組、工務組、下水道工程組、建築工程
組

副本：本署中部辦公室(營建業務)



一. 轉送縣府辦理處
二. 登公會網站



檔 號：

保存年限：

勞動部 函

地址：242030新北市新莊區中平路439號南棟4樓

承辦人：曾靖惠

電話：02-85127456

電子信箱：p7100010@wda.gov.tw



受文者：內政部營建署

發文日期：中華民國110年11月25日

發文字號：勞動發管字第1100519015號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明四(ATTCH1 ATTCH2 ATTCH3)

主旨：配合嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心邊境檢疫政策，自110年12月1日起入境之移工，應由雇主於入境前為其投保確診COVID-19醫療保險，並請依說明配合辦理，請查照。

說明：

- 一、依據嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心（以下簡稱指揮中心）110年11月11日新聞稿辦理。
- 二、雇主應為移工投保為期30日，理賠金額最高新臺幣50萬元之醫療商業保險，並自移工入境日起生效，其重點如下：
 - (一)雇主聘僱移工人數為5人以上：由雇主擔任投保單位，以團體保險方式為移工投保，移工為被保險人。
 - (二)雇主聘僱移工人數為4人以下：由移工擔任要保人及被保險人，並出具委任書授權雇主代理投保（即仍由雇主負擔保費），且雇主須切結自願無償墊付保費並放棄償還請求權（即不可於移工入境後要求移工付費或自工資抵扣保費）。
 - (三)另移工（被保險人）須於入境前簽具同意書，同意確診收住醫療機構隔離治療時，由保險公司直接理賠予醫療機構。

中部辦公室(營建業務)



1100091733



三、自110年12月1日起入境之移工，應由雇主為其完成確診COVID-19醫療保險之投保後，於移工入境前至本部入出國移工機場關懷服務網站上傳載有移工（即被保險人身分）之購買保險證明文件，未為移工投保並上傳投保證明者，無法安排移工入境。

四、檢送切結書（範本）、「移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用健康保險代理投保委任書（中英文版）」及「移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用保險理賠申請書（中英文版）」各1份，另委任書及理賠申請書之泰、越、印語文版，將刊登於本部勞動力發展署官網及跨國勞動力權益維護資訊網站，供下載使用。

正本：中華民國工業區廠商聯合總會、社團法人中華民國工商協進會、社團法人中華民國工業協進會、台灣區電機電子工業同業公會、中華民國全國工業總會、中華民國全國商業總會、社團法人中華民國全國中小企業總會、中華民國身心障礙聯盟、中華民國老人福利推動聯盟、台灣失能者家庭暨看護雇主國際協會、中華民國人力仲介協會、中華民國就業服務商業同業公會全國聯合會、台北市就業服務商業同業公會、台中市就業服務商業同業公會、高雄市就業服務商業同業公會、桃園市就業服務商業同業公會、新北市就業服務商業同業公會、臺南市就業服務商業同業公會

副本：內政部營建署(含附件)、行政院農業委員會(含附件)、行政院農業委員會漁業署(含附件)、衛生福利部(含附件)、經濟部(含附件)、金融監督管理委員會(含附件)、泰國貿易經濟辦事處(勞工處)(含附件)、駐臺北越南經濟文化辦事處(勞工管理組)(含附件)、駐臺北印尼經濟貿易代表處(含附件)、馬尼拉經濟文化辦事處(含附件)、中華民國產物保險商業同業公會(含附件)、臺北市政府(含附件)、新北市政府(含附件)、桃園市政府(含附件)、臺中市政府(含附件)、臺南市政府(含附件)、高雄市政府(含附件)、新竹縣政府(含附件)、苗栗縣政府(含附件)、彰化縣政府(含附件)、南投縣政府(含附件)、雲林縣政府(含附件)、嘉義縣政府(含附件)、屏東縣政府(含附件)、宜蘭縣政府(含附件)、花蓮縣政府(含附件)、臺東縣政府(含附件)、澎湖縣政府(含附件)、金門縣政府(含附件)、連江縣政府(含附件)、基隆市政府(含附件)、新竹市政府(含附件)、嘉義市政府(含附件)

電 2021/11/25 文
交 11:00:20 章



移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用保險理賠申請書
Application for Immigrations Covid-19 health Insurance Benefits

基本資料 Information of the Insured

被保險人 Name of Insured		護照號碼 Passport Number		保險單號碼 Policy No.	
連絡人員 Contact Person			連絡電話 Contact Number		
入境日期 Date of Going Through Immigration			確診日期 Date of Confirmed		
年 月 日			年 月 日		

檢附文件 Supporting documents

<input type="checkbox"/> 醫療診斷書 Certificate of diagnosis	<input type="checkbox"/> 境外移入病例證明文件 Certificate of imported case
<input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本及醫療費用明細表 Original medical treatment fee receipt(s) with itemized statements	<input type="checkbox"/> 其他 Others :

保險金支付聲明暨同意事項 Claim Application and Agreement

茲向OO產物保險股份有限公司申請移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用保險給付之需要，以被保險人本人之身分，同意下列事項: The agreement for the application of Immigrations Covid-19 health insurance from OO Insurance Co.,Ltd,

一、本人因罹患嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)於_____醫院住院治療，同意依保險契約約定本次移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用保險金給付予該醫院抵繳醫療費用，爾後有關移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用保險金如有糾紛與 貴公司無關，恐口說無憑，特立本同意書。I contacted Covid-19 and hospitalize at _____ hospital. Confirm from the insurance contact, I agree the benefit of Immigrations Covid-19 health insurance should pay for my treatment hospital directly.

被保險人/受益人(即立同意書人) Applicant(Insured)/Beneficiary): _____

法定代理人/監護人 Legal representative/Guardian/Assistant: _____

二、本人已詳知並閱讀 貴公司所提供之個人資料告知事項內容，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，及其他個資相關規定，包含但不限於「歐盟個人資料保護規則」等，得為蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。I have fully read and understood the "Claim Application and Agreement" in the application and hereby agree that OO Insurance Co., Ltd may collect, process and use my personal information (medical records, medical treatment and health examinations).

被保險人/受益人(即立同意書人) Applicant(Insured)/Beneficiary): _____

法定代理人/監護人 Legal representative/Guardian/Assistant: _____

中 華 民 國 年 月 日

審核 意見		理賠單位收件章

移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用健康保險

代理投保委任書Power of Attorney

本人_____同意委任雇主_____先生(女士) 代為辦理投保移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用健康保險事宜，如有不實願負法律責任。

I _____appoint employer _____insure immigration Covid-19 health insurance, and confirm with full legal responsibility for any perjuries found.

委任期間自民國 年 月 日至 年 月 日止。

The duration is from dd/ mm/ yyyy to dd/ mm/ yyyy

委任人 Appointor :

護照號碼 PassportNo :

地址 Address :

電話 TEL :

簽章(Signature/Stamp):

出生日期 Birth Date : 西元 年 Y 月 M 日 D

受委任人 Appointee :

身分證字號 National ID No :

D

地址 Address :

電話 TEL :

簽章(Signature/Stamp):

出生日期 Birth Date : 西元 年 Y 月 M 日

中 華 民 國 年 月 日

Date: (mm) (dd) (yyyy)

切 結 書 (範 例)

具切結書人_____自願無償墊付_____(外國人國籍、姓名、
護照號碼)投保嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用健康保
險之保費並放棄償還請求權，如有不實，具結人願負法律上一切責任，
絕無異議。

立切結書人：

(簽章)

身分證明文件字號：

負責人(法人或團體應填具)：

負責人身分證字號：

住 址：

電 話：

中 華 民 國 年 月 日