

新北市汐止區崇德國民小學

年員工健康檢查申請表

單位	職稱	姓名	身分證字號
出生日期	民國____年____月____日；迄上年度12月31日止，已滿____足歲。		
身分	1. ☐ 校長 2. ☐ 編制內教職員工。 3. ☐ 約聘僱人員。 4. ☐ 臨時人員。 5. ☐ 工友、技工及駕駛。 6. ☐ 代理教師(服務滿6個月以上)。 7. ☐ 非編人員。 8. ☐ 依中央法規或補助款及其他經費進用之人員。		
到職日	年 月 日 ※代理教師需於現職任職服務滿6個月以上	上次參加健康檢查時間	☐ 無(尚未參加過) ☐ 有； 年 月 日
預健檢日期	年 月 日	申請補助經費	☐ 1200 元 ☐ 4000 元 ☐ 4500 元 ☐ 8000 元 ☐ 16000 元 ☐ 32000 元
實施健康檢查之醫療院所			
☐ 依新北市適用職業安全衛生法健康檢查補助規定		☐ 依新北市政府及所屬機關學校員工健康檢查補助規定	
注意事項： 一、編制內教職員工、約聘僱人員、臨時人員，及於現職學校連續服務滿6個月以上，自115年1月1日起，採分齡補助，每次1200元，如有超出，由申請人負擔： (一)未滿40歲者，每5年檢查1次。 (二)40歲至65歲者，每3年檢查1次。 (三)65歲以上者，每1年檢查1次。 二、依中央法規或補助款及其他經費進用之人員經費來源及核銷，依以下說明支應。 (一)全額接受新北市政府教育局(以下稱本局)以外機關委託或補助經費進用者，其健檢經費由各該委託或補助經費支應。 (二)屬本局部分經費進用之人員，其健檢費用依委託或補助經費比例，由本局或學校編列預算支應。 (三)如前開健檢經費本局以外機關不予補助，則由本局或學校於年度預算相關經費項下支應。		注意事項： 一、健檢補助對象及費用，如有超出，由申請人負擔： (一)年滿40足歲至50歲之編制內正式公教人員(不含軍訓教官)每2年1次，每次4500元。 (二)編制內正式公教人員年滿50足歲以上者：每年補助1次，每次4,000元為限，或每二年補助1次，每次8,000元為限。 (三)編制內正式未滿40歲者：每二年公假自費檢查1次。 (四)校長：每年補助1次，每次1萬6,000元為限，或每二年補助1次，每次3萬2,000元為限。 (五)於現職機關學校連續服務滿1年之非編人員及技工、工友、駕駛、約聘僱人員，年滿40足歲以上者，每2年1次，每次4500元。 (六)當年度退休人員且符合健檢資格者，須於退休生效前完成健康檢查補助。 (七)留職停薪及依法停職期間之人員，不得申請健檢補助。	
其他注意事項說明 一、為樽節經費，同一年度同時符合本府健康檢查補助規定者，應以不重複補助原則下，擇一請領。 二、受檢人得自行選擇下列合格機構實施健康檢查，未於下述合格醫療機構檢查者，不予補助。 (一)衛生福利部評鑑合格之醫院或教學醫院。 (二)經財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會認證之診所。 (三)經勞動部認可辦理勞工一般體格及健康檢查之醫療機構。 三、奉核後，申請人得以公假登記，並以1日為限；線上請假時檢附本簽准之申請書，假別請選擇「公假-健康檢查公假」。教師課務自理，職員工以不影響公務，並依請假程序另填寫請假單送核。 四、檢查項目：應符合「勞工健康保護規則」附表九及附表十一所訂之檢查項目，適用職安法核銷者，依「職業安全衛生法」第20條規定，健康檢查紀錄應交由雇主保存(註：本校由人事室代為保存)。 五、檢查完畢後，請檢附合格受檢醫療機構之繳費收據正本(須有健康檢查之註記)，並填寫健康檢查補助費申請表申請補助及辦理核銷。本校於可申請之額度內覈實給予補助，如有超出，由申請人自行負擔。 六、配合會計單位關帳事宜，核銷事宜請於當年12月15日前辦理完竣，逾期視為放棄。			
申請人： ☐ 切結：確實依注意事項申請健康檢查補助費 _____ (簽名或蓋章) 中華民國 年 月 日			
人事室審核		單位主管審核 (請確認經費來源)	會計室審核 校長批示
☐ 符合規定，請申請人據以線上請假，俟後另案填表核銷(請檢持繳費單據正本，須有健康檢查之註記)。 ☐ 不符規定，原因如下： ☐ 同一年度重複申請補助。 ☐ 未達補助條件。		☐ 傷病醫藥費(183) ☐ 業務費 (請填用途別：) ☐ 應付代收款 (請填子目代號：)	

簽證簿編號	預算科目	金額					用途說明						
		萬	仟	佰	拾	元							
	☐ 用人費用 福利費用 傷病醫藥費(183) ☐ 業務費 用途別： ☐ 應付代收款 子目代號：						健康檢查補助						
申請人姓名		出生日期		年 月 日									
單位		職稱											
檢查地點		檢查日期		年 月 日									
請領金額	新台幣 仟 佰 拾 元整												
茲領到 健康檢查補助費新台幣 仟 佰 拾 元整。 此 據													
具領人				(簽章)									
				年 月 日									
人 事 室	出 納 組	會 計 室		校 長									
醫院收費單據正本黏貼處（須有健康檢查之註記）													

*適用職安法核銷者，請務必繳交醫護人員填寫之附表十一勞工一般體格及健康檢查紀錄