新北市護理師護士公會會員福利金申請辦法

94 年 12 月 20 日理監事會修正通過
97 年 12 月 30 日理監事會修正通過
102 年 01 月 23 日理監事會修正通過
103 年 11 月 26 日理監事會修正通過
109 年 07 月 30 日理監事會修正通過
112 年 04 月 18 日理監事會修正通過

一. 資格：凡本會會員入會滿一年以上者，且繳清當年度常年會費者，可申請福利金。

二. 福利金申請項目及金額

(一) 結婚禮金：禮金壹仟元，以一次為限。

(二) 住院慰問金(不含生產)：慰問金壹仟元，每年以一次為限。

(三) 奠儀：壹仟元。

1. 會員直系一等親屬 (配偶、父母及子女)之奠儀由會員提出申請。

2. 會員死亡之奠儀需由家屬申請並註明與會員之關係。

(四) 傷殘慰問金：壹萬元。
＊傷殘定義以領有全民健康保險重大傷病卡或**身心障礙證明**者，**每位會員以一次為限**。

(五) 特殊情況之慰問，以專案處理。

三. **申請及審查**

(一) 申請
1.結婚禮金、住院慰問金、奠儀：符合補助條件之會員、家屬或服務機構必需於事實發生**六個月內，**取得相關證明文件填具申請表，向本會提出申請。
2. 傷殘慰問金：於事故發生並取得相關證明文件，在重大傷病卡或**身心障礙證明**有效期限內，填具申請表**向本會提出**申請。

(二) 審查

1. 結婚禮金、住院慰問金、奠儀：由會務人員審查資格提報福利委員會主任委員，於理監事會追認。

2. 傷殘慰問金：由會務人員審查資格呈送福利委員會主委及理事長審核，於理監事會追認。

四. 本辦法經理監事會通過後實施，修正時亦同。

新北市護理師護士公會
會員福利金（結婚禮金、住院慰問金、奠儀）申請單及收據

<table>
<tr><td colspan="2">會員姓名：</td><td>性別</td><td>□ 男
□ 女</td><td>會員號：</td></tr>
<tr><td>身份證字號</td><td></td><td>生日</td><td colspan="2">民國　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">服務機構/單位：</td><td colspan="3">服務單位電話及分機：
手機：</td></tr>
<tr><td colspan="5">入會日期：　　年　　月　　日（本會需入會滿一年以上）</td></tr>
<tr><td colspan="5">事實發生日：　　年　　月　　日
＊請於事實發生後取得相關證明文件六個月內向本會提出申請</td></tr>
<tr><td colspan="5">聯絡地址(必填)：</td></tr>
<tr><td colspan="5">戶　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（需會員本人帳戶）
銀行(郵局)名稱：＿＿＿＿＿＿銀行＿＿＿＿＿＿＿＿分行
帳　　號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　必填</td></tr>
<tr><td colspan="5">備註：本會以銀行匯款後傳送簡訊通知</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請項目</td><td>金額</td><td colspan="2">證明文件</td></tr>
<tr><td colspan="2">□ 結婚禮金</td><td>$1,000</td><td colspan="2">結婚證明書、戶籍謄本或戶口名簿等證明文件(需註明結婚日期方可)</td></tr>
<tr><td colspan="2">□ 住院慰問金</td><td>$1,000</td><td colspan="2">住院證明</td></tr>
<tr><td colspan="2">□奠儀</td><td>$1,000</td><td colspan="2">訃文或其他證明文件-身份別：
□會員直系一等親屬 (配偶、父母及子女)
□申請會員死亡奠儀者與會員之關係：
＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請人簽名</td><td colspan="3">申請日期</td></tr>
<tr><td colspan="5">公會審核：　□符合　□不符合，說明 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
承辦人＿＿＿＿＿＿＿　總幹事＿＿＿＿＿＿＿
審核日期：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

112 年 4 月 18 日修訂

新北市護理師護士公會

會員傷殘慰問金申請單及收據

<table>
<tr><td colspan="2">會員姓名：</td><td>性別</td><td>□ 男
□ 女</td><td>會員號：</td></tr>
<tr><td>身份證字號</td><td></td><td>生日</td><td colspan="2">民國　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">服務機構/單位：</td><td colspan="3">服務單位電話及分機：
手機：</td></tr>
<tr><td colspan="5">入會日期：　　年　　月　　日（新北市公會需入會滿一年以上）</td></tr>
<tr><td>申請日期</td><td>年　　月　　日</td><td>事故發生日期</td><td colspan="2">民國　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>申請項目</td><td>金額</td><td colspan="3">證明文件</td></tr>
<tr><td>傷殘慰問金</td><td>$10,000</td><td colspan="3">□重大傷病核定審查通知書
□身心障礙證明
重大傷病卡或身心障礙證明有效日期：
年　月　日至　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>備註</td><td colspan="4">領有全民健康保險重大傷病卡或身心障礙證明者，每位會員以一次為限。</td></tr>
<tr><td colspan="5">聯絡地址(或戶籍地址)：</td></tr>
<tr><td>簡述申請補助原由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>申請人簽名</td><td></td><td colspan="3">單位主管簽章</td></tr>
<tr><td colspan="5">*主管核簽:醫療院所為護理最高主管；未執業之會員免主管簽核</td></tr>
<tr><td>公會審查</td><td colspan="4">初審　□符合　□不符合　　承辦人/總幹事＿＿＿＿＿＿＿＿
不通過原因說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td>福利委員會主任委員審查</td><td colspan="4">審查結果：□符合　□不符合 原因＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td>理事長審核</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

112 年 4 月 18 日修訂