

# 推動中小企業臨場健康服務補助計畫

中華民國一百零八年十一月一日勞動部勞職授字第1080203680號令訂定發布  
中華民國一百零九年八月二十六日勞動部職業安全衛生署勞職衛3字第10910459081號令修正發布  
中華民國一百一十年十二月二十九日勞動部職業安全衛生署勞職衛3字第11010649131號令修正發布  
中華民國一百一十一年八月十日勞動部職業安全衛生署勞職衛3字第11110423381號令修正發布  
中華民國一百一十二年九月五日勞動部職業安全衛生署勞職衛3字第1121300557號令修正發布

## 一、目的：

勞動部職業安全衛生署(以下簡稱本署)為協助雇主辦理健康管理及職業病預防等事項，透過補助中小企業依勞工健康保護規則(以下簡稱本規則)規定，僱用或特約勞工健康服務醫師、勞工健康服務護理人員或勞工健康服務相關人員(以下簡稱健康服務人員)辦理臨場健康服務，以營造健康工作環境，特訂定本計畫。

## 二、補助對象：

依法辦理工廠、公司、商業登記或經各該目的事業主管機關許可立案，並為就業保險之投保單位，其依本規則規定應僱用或特約健康服務人員，且勞工人數在一百九十九人(每年申請資格審查當月之前一個月勞工保險投保人數)以下者。但從事特別危害健康作業之勞工人數(含其他受工作場所負責人指揮或監督從事勞動之人數)在一百人以上者，不予補助。

## 三、補助期間：

自一百十三年一月一日起至一百十四年十二月三十一日止。

## 四、申請作業期間：

- (一) 補助資格申請：補助期間均得申請。
- (二) 補助經費申請：作業期間如附表一；逾期申請者不予補助。

## 五、補助基準：

- (一) 符合第二點補助對象之事業單位委託提供勞工健康服務之特約機構(以下簡稱特約機構)，指派人員辦理臨場健康服務者，補助每次臨場服務費用百分之八十；僱用專職勞工健康服務護理人員者，每月補助該人力勞工保險投保薪資三分之一。
- (二) 前款特約或僱用方式之補助，事業單位單次僅限擇一提出申請。同一年度不同月份分別以特約或僱用方式配置健康服務人員者，依附表二特約機構派員年度補助金額上限規定。但先以僱

用方式配置人員且補助金額逾該規定者，同一年度後續特約金額不予補助。

- (三) 依第一款以特約方式之補助，其費用不包含交通、餐飲等其他費用，且每次臨場服務時間應至少二小時，未符上開規定者，該場次費用不予補助。

#### 六、申請方式及程序：

- (一) 事業單位應依本規則第六條第三項規定，完成其僱用或特約之健康服務人員之備查作業。

- (二) 線上資格申請：事業單位每年應於申請期間內至本署中小企業臨場健康服務補助管理系統(以下簡稱補助系統)完成線上申請，並上傳下列文件資料電子檔：

1. 資格審查申請表(格式一)。
2. 工廠、公司、商業登記或經各該目的事業主管機關許可立案之證明文件(營業項目需可見其行業別)。
3. 勞工保險投保人數證明。
4. 最近一期勞工保險、就業保險之繳費證明書。
5. 撥款帳戶之存摺封面。

- (三) 線上經費申請：事業單位俟補助系統通知資格審查通過後，於補助款申請作業期間，至補助系統上傳下列文件資料電子檔，提出經費申請：

1. 經費補助申請表(格式二)。
2. 臨場健康服務執行紀錄表(格式三)；僱用專職人員者，應另提送勞工健康服務計畫與每年評估成效及檢討之佐證。
3. 支用證明：請依下列辦理方式檢附證明文件，其開立日期最遲不得逾該次申請作業期間：

- (1) 委託特約機構：特約機構開立之各項支用單據，及事業單位委託服務之契約書，其內容應載明雙方單位之全銜、負責人姓名、地址、電話、服務起訖期間、服務內容與費用及簽約年月日等，並加蓋雙方單位及負責人印鑑，且不得以三方(含以上)契約方式辦理。

(2)僱用專職人員：勞工保險投保薪資證明，及薪資匯款證明或領據。

4.其他經本署認定有必要提出之文件。

#### 七、審查作業：

(一)補助資格審查：就事業單位是否符合第二點所定資格予以審查，並於審查完成後，於補助系統線上通知事業單位審查結果。

(二)補助經費審查：

1.就僱用或特約健康服務人員是否符合本規則第七條所定資格，與臨場健康服務執行紀錄表內容及欄位是否均已填寫予以審查，並依第五點所定項目及額度核定補助經費，於補助系統線上通知事業單位核定之補助金額。

2.申請資料缺漏、錯誤或未符規定者，不予補助。經審查須提供佐證資料者，事業單位應於補助系統線上通知之次日起五日內(含)完成資料上傳，未於期限內提供者，不予補助。

#### 八、核銷作業：

(一)本署就符合補助資格之事業單位，以「中小企業符合勞動部職業安全衛生署臨場健康服務條件補助清冊」(格式四)，併金融機構匯款證明辦理經費結報。

(二)申請補助案，由專業機構依補助系統收件順序受理。惟當年度編列經費用罄者，即停止受理申請。補助之發給或終止，得視經費額度調整；所編列之年度預算被刪除等不可歸責之因素，致不足支應本計畫政府補助款時，得終止補助或自始不予補助。

#### 九、受補助事業單位應依下列事項辦理：

(一)本計畫係委託專業機構協助辦理審查，必要時，得由相關專家學者成立審查小組辦理；並得由本署、專業機構或本署委託計畫單位派員實地查核，事業單位應予配合，不得拒絕、規避或妨礙。

(二)申請支付款項時，應本誠信原則對所提出資料內容之真實性負責，且不得以同一案件向二個以上機關提出申請補助，並應自主檢核，有不實者，應負相關責任。

- (三) 受補助經費中如涉及政府採購法相關事項者，應依其相關規定辦理；涉及影片、廣告、照片、刊物、手冊、海報、資訊軟體及網站等宣傳品之製作者，並應遵守著作權法規定。
- (四) 受補助之事業單位應對補助款依稅法相關規定辦理扣繳。
- (五) 受補助事業單位對於自行保存之各項支用單據，應依相關規定妥善保存。

十、扣減補助、不予補助、撤銷或廢止補助規定：

- (一) 事業單位有下列情形之一者，本署得撤銷或廢止補助，並得視情節輕重追繳已撥付之一部或全部補助款，同時列為五年內不予補助之對象；涉有刑事責任者，依法移送司法機關偵辦：
  - 1. 事業單位或其委託之特約機構拒絕、規避或妨礙本署、本署委託之專業機構或計畫單位查核者。
  - 2. 經查證有未依補助用途支用、虛報、浮報或檢附文件有隱匿不實、造假等情事屬實者。
  - 3. 未依規定保存各項支用單據。
- (二) 事業單位有下列情形之一者，本署得依申請案件酌減補助或不予補助：
  - 1. 服務內容與本規則所定之勞工健康服務事項或事業單位作業危害因子無關者。
  - 2. 經查核服務內容需改善，經通知改善而屆期未改善者。

## 附表一 補助款申請作業期間

| 申請作業期間 | 3月1日至31日           | 8月1日至31日      |
|--------|--------------------|---------------|
| 113年   | 申請112年9月至113年2月費用  | 申請113年3月至7月費用 |
| 114年   | 申請113年8月至114年2月費用  | 申請114年3月至7月費用 |
| 115年   | 申請114年8月至114年12月費用 |               |

備註：

本附表自一百十三年一月一日生效。

附表二 補助基準

| 類別                | 補助對象<br>(依規模及事業危害風險分類 <sup>2</sup> )                                |     | 補助次數上限   |                     | 年度 <sup>4</sup> 補助<br>金額上限<br>(新臺幣) |
|-------------------|---|-----|----------|---------------------|-------------------------------------|
|                   |   |     | 勞工健康服務醫師 | 勞工健康服務護理人員/<br>相關人員 |                                     |
| 特約機構 <sup>3</sup> | 勞工保險投保人數<br>在 100 人至 199 人者   | 第一類 | 4 次/年    | 4 次/月               | 15 萬元/年                             |
|                   |   | 第二類 | 3 次/年    | 3 次/月               | 10 萬元/年                             |
|                   |   | 第三類 | 2 次/年    | 2 次/月               | 8 萬元/年                              |
| 派員                | 勞工保險投保人數<br>在 50 人至 99 人，且<br>具從事特別危害健康<br>作業業者                     | 各類  | 1 次/年    | 1 次/月               | 4 萬元/年                              |
| 專職僱用 <sup>5</sup> | 勞工保險投保人數<br>在 100 人至 199 人，<br>或在 50 人至 99 人，<br>且具從事特別危害<br>健康作業業者 | 各類  | -        |                     | 20 萬元/年                             |

備註：

1. 本附表自一百十三年一月一日生效。
2. 事業危害風險分類：指職業安全衛生管理辦法第 2 條及其附表所定之事業。
3. 特約機構：依勞工健康保護規則第 5 條之規定；每次臨場服務之時間應至少 2 小時以上，且每日不得超過 2 場次，並留存執行紀錄予事業單位。
4. 年度：係指實際費用發生年度，每年 1 月 1 日起至 12 月 31 日止。
5. 專職之勞工健康服務護理人員：係指以按月計酬全時工作僱用，其勞工薪資不低於勞動部公告之每月基本工資，且不得兼任其他法令所定專責（任）人員或從事其他與勞工健康服務無關之工作或兼職提供其他事業單位之勞工健康服務。
6. 實際費用發生於年度 7 月 1 日起者，補助上限減列為二分之一。
7. 年度最後一次補助費用為年度補助金額上限扣除已申領補助金額。
8. 事業單位經特約勞工健康服務醫護人員評估勞工有心理或肌肉骨骼疾病預防需求者，得特約勞工健康服務相關人員提供服務，但各年度

- 從事勞工健康服務護理人員總服務頻率，仍應達二分之一以上。
9. 本署計算應核給之補助款總額，以新臺幣元為單位，角以下四捨五入。

本補助計畫採線上申請，請至「中小企業臨場健康服務補助管理系統」進行線上申請。

## 格式一

### 勞動部職業安全衛生署推動中小企業臨場健康服務 資格審查申請表

|                        |  |  |        |  |
|------------------------|--|--|--------|--|
| ※收件序號：                 |  |  |        |  |
| 收件時間： 年 月 日 時 分        |  |  |        |  |
| 事業單位基本資料               | 事業單位全銜   |  |        |  |
|                        | 縣市別  | 登記地址   |        |  |
|                        |  | 通訊地址   |        |  |
|                        | 負責人  |  | 勞工保險證號 |  |
|                        | 行業別  |  | 統一編號   |  |
|                        | 危害風險類別   | <input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 |        |  |
|                        | 勞工人數   | 勞工保險投保人數____人<br>從事特別危害健康作業人數____人(含其他受工作場所負責人指揮或監督從事勞動之人數)                            |        |  |
|                        | 聯絡人/職稱   |  | E-Mail |  |
| 聯絡電話                   |  | 傳真   |        |  |
| 事業單位切結書                | <b>茲聲明以上記載及所附文件均完全屬實，有虛假情事者，願負一切法律責任，絕無異議。</b> |  |        |  |
|                        | 事業單位名稱：  | (蓋印)   |        |  |
|                        | 負責人：   | (蓋印)   |        |  |
|                        | 申請日期：中華民國                                      | 年  | 月 日    |  |
| ※審核情形                  | 審核結果：  |  |        |  |
|                        | ※ <input type="checkbox"/> 資料齊全                |  |        |  |
|                        | ※ <input type="checkbox"/> 資料不齊，通知補件時間 月 日 時 分 |  |        |  |
|                        | ( )符合條件  |  |        |  |
| ( )不符合條件，理由：           |  |  |        |  |
| _____<br>※審核單位及人員：(簽章) |  |  |        |  |

備註：

- 1.本補助計畫採線上申請，請至「中小企業臨場健康服務補助管理系統」進行線上填報，列印紙本完成用印後，掃描申請表電子檔上傳至系統。
- 2.事業危害風險分類:指職業安全衛生管理辦法第2條及其附表所定之事業。
- 3.※欄位由系統自動帶出或由專業機構填寫。



本補助計畫採線上申請，請至「中小企業臨場健康服務補助管理系統」進行線上申請。

## 格式二

### 勞動部職業安全衛生署推動中小企業臨場健康服務 經費補助申請表

|                           |        |  |      |        |         |              |         |              |
|---------------------------|--------|--|------|--------|---------|--------------|---------|--------------|
| ※收件序號：<br>收件時間： 年 月 日 時 分 |        |  |      |        |         |              |         |              |
| ※事業單位基本資料                 | 事業單位全銜 |  |      |        |         |              |         |              |
|                           | 縣市別    | 登記地址   |      |        |         |              |         |              |
|                           |        | 通訊地址   |      |        |         |              |         |              |
|                           | 負責人    |  |      | 勞工保險證號 |         |              |         |              |
|                           | 行業別    |  |      | 統一編號   |         |              |         |              |
|                           | 危害風險類別 | <input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 |      |        |         |              |         |              |
|                           | 勞工人數   | 勞工保險投保人數____人<br>從事特別危害健康作業人數____人(含其他受工作場所負責人指揮或監督從事勞動之人數)                            |      |        |         |              |         |              |
|                           | 聯絡人/職稱 |  |      | E-Mail |         |              |         |              |
| 聯絡電話                      |        |  | 傳真   |        |         |              |         |              |
| <b>特約機構指派醫護人員經費報告</b>     |        |  |      |        |         |              |         |              |
| 機構資料                      | 特約機構名稱 | 人員類別   | 姓名   | 身分證字號  | 服務日期    | 說明<br>(無則免填) |         |              |
|                           |        | 勞工健康服務醫師   |      |        |         |              |         |              |
|                           |        |  |      |        |         |              |         |              |
|                           |        | 勞工健康服務護理人員   |      |        |         |              |         |              |
|                           |        |  |      |        |         |              |         |              |
|                           |        | 勞工健康服務相關人員   | 心理師  |        |         |              |         |              |
|                           | 物理治療師  |  |      |        |         |              |         |              |
|                           |        | 職能治療師  |      |        |         |              |         |              |
| 經費明細                      | 補助項目   | 姓名   | 服務日期 | 每次支出費用 | 申請補助金額※ | 自籌款※         | 申請金額小計※ | 說明<br>(無則免填) |
|                           | 醫師     |  |      |        |         |              |         |              |
|                           |        |  |      |        |         |              |         |              |
|                           | 護理人員   |  |      |        |         |              |         |              |
|                           |        |  |      |        |         |              |         |              |

|      |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|
| 相關人員 |  |  |  |  |  |
|      |  |  |  |  |  |
|      |  |  |  |  |  |
| 總計   |  |  |  |  |  |

**僱用專職護理人員經費報告**

|          |    |          |         |         |              |              |
|----------|----|----------|---------|---------|--------------|--------------|
| 人員資料     | 姓名 | 身分證字號    |         | 服務期間    | 說明<br>(無則免填) |              |
|          |    |          |         |         |              |              |
|          |    |          |         |         |              |              |
| 經費明細     | 姓名 | 每月支出費用   | 申請補助金額※ | 自籌款※    | 申請金額小計※      | 說明<br>(無則免填) |
|          |    |          |         |         |              |              |
|          |    |          |         |         |              |              |
| 總計       |    |          |         |         |              |              |
| 承辦單位(人員) |    | 會計單位(人員) |         | 事業單位負責人 |              |              |
|          |    |          |         |         |              |              |

|         |   |
|---------|---|
| 事業單位切結書 | 茲聲明 <input type="checkbox"/> 以上記載及所附文件均完全屬實；<br><input type="checkbox"/> 無以同一案件向二個以上機關提出申請補助之情事<br><input type="checkbox"/> 未使僱用之專職護理人員兼任其他法令所定專責(任)人員或從事其他與勞工健康服務無關之工作(含兼職提供其他事業單位之勞工健康服務)。<br>有虛假者，願負一切法律責任，並退還所有補助款項，絕無異議。 |
|         | 事業單位名稱： (蓋印)<br>負責人： (蓋印)<br>申請日期：中華民國 年 月 日  |

|       |   |
|-------|---|
| ※審核情形 | 審核結果：<br><input type="checkbox"/> 資料齊全<br><input type="checkbox"/> 資料缺漏、錯誤或未符規定，說明：_____<br><input type="checkbox"/> 資料須提供佐證資料，通知時間 月 日 時 分<br>須提供佐證資料( )，說明：_____<br><input type="checkbox"/> 申請補助金額：合計新臺幣 萬 千 百 十 元整<br><input type="checkbox"/> 審核單位及人員：(簽章)<br><input type="checkbox"/> 核定補助金額：合計新臺幣 萬 千 百 十 元整 |
|-------|---|

備註：

- 1.請至補助系統線上填報，列印紙本完成用印後，掃描申請表電子檔上傳至系統。
- 2.勞工健康服務相關人員係指心理師、職能治療師或物理治療師。

- 3.補助系統如無法自「全國勞工健康服務人員暨教育訓練管理系統」，勾稽勞工健康服務醫護人員或勞工健康服務相關人員是否符合勞工健康保護規則第7條所定資格，將另通知上傳檢具資格證明文件。
- 4.事業單位申請補助案件於專業機構審核列為須提供佐證資料者，應於經補助系統線上通知之次日起五日內(含)完成資料上傳，未於期限內提供者，不予補助。
- 5.紙張格式：A4 ※欄位由系統自動帶出或由專業機構填寫。

## 格式三

### 臨場健康服務執行紀錄表

|  |  |
|--|--|
| 一、作業場所基本資料   |  |
| 事業單位名稱： _____ 部門名稱： _____  |  |
| 作業人員   | <input type="checkbox"/> 行政人員：男____人；女____人；<br><input type="checkbox"/> 現場操作人員：男____人；女____人    |
| 作業類別與人數  | <input type="checkbox"/> 一般作業：人數： _____<br><input type="checkbox"/> 特別危害健康作業：類別： _____ 人數： _____ |
| 二、作業場所與勞動條件概況：工作流程(製程)、工作型態與時間、人員及危害特性概述   |  |
| 三、臨場健康服務執行情形（列舉勞工健康保護規則第九條至第十三條事項，可複選）：  |  |
| （一）辦理事項<br><input type="checkbox"/> 勞工體格（健康）檢查結果之分析與評估。<br><input type="checkbox"/> 協助選配勞工從事適當之工作： _____ 名。<br><input type="checkbox"/> 健康檢查結果異常者之追蹤管理及健康指導： _____ 名。<br><input type="checkbox"/> 職業健康相關高風險勞工之評估及個案管理： _____ 名。<br><input type="checkbox"/> 勞工健康教育、衛生指導、身心健康保護等措施之策劃及實施。<br><input type="checkbox"/> 工作相關傷病之預防、健康諮詢： _____ 名。<br><input type="checkbox"/> 協助辨識與評估工作場所環境、作業及組織內部影響勞工身心健康之危害因子，並提出改善措施或改善規劃之建議。<br><input type="checkbox"/> 協助調查勞工健康情形與作業之關連性。<br><input type="checkbox"/> 協助提供復工勞工之職能評估、職務再設計或調整之諮詢及建議。<br><input type="checkbox"/> 其他： _____ |  |
| （二）發現問題<br>_____   |  |
| 四、改善及建議採行措施：(針對發現問題所採行之措施)   |  |
| 五、對於前次建議改善事項之追蹤辦理情形：   |  |
| 六、執行人員及日期（僅就當次實際執行者簽章）   |  |
| 特約機構人員：  | 事業單位人員：  |
| <input type="checkbox"/> 勞工健康服務之醫師，簽章<br>_____   | <input type="checkbox"/> 專職僱用勞工健康服務之護理人員，簽章<br>_____   |
| <input type="checkbox"/> 勞工健康服務之護理人員，簽章<br>_____   | <input type="checkbox"/> 職業安全衛生人員，簽章 _____<br><input type="checkbox"/> 人力資源管理人員，簽章 _____         |
| <input type="checkbox"/> 勞工健康服務相關人員，簽章<br>_____  |  |

部門名稱\_\_\_\_\_，主管職稱\_\_\_\_\_，簽章\_\_\_\_\_

執行日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 時間：\_\_\_\_時\_\_\_\_分迄\_\_\_\_時\_\_\_\_分

備註：

- 1.請至補助系統線上填報第一及第二大項(第三、第四及第五大項線上填報或手寫均可)，列印紙本完成簽章後，掃描紀錄表電子檔上傳至系統。
- 2.第六項之簽章，應為各該人員親簽或依電子簽章法規定之電子簽章。
- 3.紙張格式：A4

# 格式四

## 中小企業符合勞動部職業安全衛生署 臨場健康服務條件補助清冊

| 補助案號 | 受補助事業單位 | 補助類別 | 支出總金額 | 自籌金額 | 補助金額 | 補助期間 | 金融機構代號 | 金融機構名稱 | 匯款帳號 | 受款帳戶名稱 | 備註 |
|------|---------|------|-------|------|------|------|--------|--------|------|--------|----|
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
|      |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |
| 合計   |         |      |       |      |      |      |        |        |      |        |    |

承辦人：

單位主管：