

因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情防疫工作人員額外投保報核表

服務機關(構)學校名稱：_____

報核時間：____年____月____日

| 單位 | 符合要件及人數 | 實際參與 防治工作內容 (請敘明接觸人員身分及接觸時間) | 保險 種類 | 保險 期間 | 投保 金額 | 經費/元 |
|--------|---|------------------------------------|----------|----------|----------|------|
| | <input type="checkbox"/> 直接與感染者接觸__人 <input type="checkbox"/> 直接與疑似感染者接觸__人 <input type="checkbox"/> 直接與屍體接觸__人 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 直接與感染者接觸__人 <input type="checkbox"/> 直接與疑似感染者接觸__人 <input type="checkbox"/> 直接與屍體接觸__人 | | | | | |
| 合計 | <input type="checkbox"/> 直接與感染者接觸__人 <input type="checkbox"/> 直接與疑似感染者接觸__人 <input type="checkbox"/> 直接與屍體接觸__人 | | | | | |
| 人事室承辦人 | | 人事主管 | 機關首長 | | | |
| | | | | | | |

註：表格如不敷使用，請自行延伸。