

公 教 人 員 保 險

殘 廢 證 明 書

病歷號碼 _____

◎請先詳閱背面之說明及本保險殘廢給付標準後，出具本證明書及其殘廢部位詳況。

| | | | | | | | | | | |
|------------------|------------------------|-----|-----|--|----------------|--|---------|-----|---|--|
| 被 保 險 人 | 姓 名 | | 性 別 | | 出 生 日 期 | | 年 | 月 | 日 | |
| | 身 分 證 統 一 編 號 | | | | 服 務 機 關 名 稱 | | | | | |
| | 通 訊 地 址 | | | | | | 聯 絡 電 話 | | | |
| | 疾 病 或 意 外 傷 害 發 生 之 | 時 間 | | | 地 點 | | | 原 因 | | |

| | | | | | | | | | |
|--|----------------------|---------------|--|--|--|-------|---|--|--|
| 本 醫 院 治 療 紀 錄 <small style="color: red;">(病人病情尚未穩定或已於彌留狀態，請勿循其要求開立本證明書)</small> | 疾 病 或 意 外 傷 害 名 稱 | | | | 殘 廢 部 位 | | | | |
| | 初 診 日 期 | 年 月 日 | | | 殘 廢 情 形 是 否 穩 定 且 治 療 終 止 | | | | |
| | 住 院 日 期 | 年 月 日 至 年 月 日 | | | 殘 廢 情 形 是 否 其 他 治 療 方 法 可 以 改 善 | | | | |
| | 手 術 日 期 | 年 月 日 | | | 經 鑑 定 符 合 公 教 人 員 保 險 殘 廢 給 付 標 準 表 | 殘 第 | 號 | | |
| | 傷 口 癒 合 日 期 | 年 月 日 | | | 確 定 成 殘 日 期 | 年 月 日 | | | |
| | 門 診 日 期 | 年 月 日 至 年 月 日 | | | 其 他 醫 院 治 療 經 過 及 其 他 既 往 症 狀 | | | | |
| | 復 健 日 期 | 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | | |
| | 治 療 經 過 | | | | | | | | |

| | |
|--------------|--|
| 殘廢部位之詳細圖解與標示 | <p style="text-align: center;">本證明書所列殘廢症狀經本醫師親自診斷，特此證明</p> <p>主治醫師 _____ 簽章</p> <p>專科醫師證書號碼 _____</p> <p>科 別 _____</p> <p>院 長 _____</p> <p>中央衛生主管機關評鑑合格醫院名稱及字號</p> <p>評鑑合格字號 _____</p> <p style="text-align: right;">醫院名稱 _____ 印信</p> <p style="text-align: center;">中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> |
|--------------|--|

說 明

- 一、殘廢證明書必須由主治之中央衛生主管機關評鑑合格地區醫院以上之醫院出具，請領殘廢給付時所載殘情及殘等須記載於病歷。
- 二、請領殘廢給付，應送本證明書原本；證明書各欄及殘廢部位詳況欄務必詳填，未填寫齊備者，得不予採證。
- 三、本殘廢證明書，必須被保險人已經積極治療（每二個月至少一次）期限屆滿，殘廢狀況仍無法改善，經認定醫治終止後出具，始為有效，事先取證者無效。如未經矯正治療所出具之證明書，不得作為申請給付之依據。
- 四、除手術切除器官，存活期滿一個月外，被保險人死亡前一個月內或彌留狀態或不治死亡後，所出具之殘廢證明書，不得據以請領殘廢給付。
- 五、確定成殘日期之審定：請依下列規定辦理（公教人員保險法施行細則第四十七條）
 - 手術切除器官，存活一個月以上者，以該手術日期為準。
 - 醫療或手術後，仍需施行復健治療者，須以復健治療期滿六個月仍無法改善時為準。其他須經治療觀察始能確定成殘廢者，經主治醫師敘明理由，以治療觀察期滿六個月仍無法改善時為準。
 - 殘廢標準已明定治療最低期限者，以期限屆滿仍無法改善時為準。
- 六、本證明書須經承保機關查核與本保險法規相符後始為有效。

殘廢標準及殘廢部位詳況

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將殘情實況於□打V或加註文字說明，每一打V或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本殘廢證明書首頁繪圖並標示說明。
- 4、本表如有虛偽不實之記載，填寫人將觸犯刑法偽造文書罪。

| 項目 | 殘等 | 編號 | 殘廢標準 | 經醫師鑑定之殘廢部位詳況 (均可複選) |
|---------|------|----------------------------------|------------------------------------|---|
| 視力或眼睛 | 全殘廢 | 1 | 雙目缺。 | <input type="checkbox"/> 眼球內容物剷除： <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼 初診時：視力：未矯正：左____右____ 矯正後：左____右____ 視野：左____度；右____度 確定成殘時：視力：未矯正：左____右____ 矯正後：左____右____ 視野：左____度；右____度 <input type="checkbox"/> 一目或雙目眼瞼閉瞼時不能完全覆蓋角膜或麻痺。 <input type="checkbox"/> 開瞼時瞳孔範圍全覆或閉瞼時不能完全覆蓋角膜。 |
| | | 2 | 雙目視力均減退至○·○五以下，經治療三個月無效者。 | |
| | | 3 | 雙目視野均小於十五度，且雙目視力均在○·一以下，經治療三個月無效者。 | |
| | 半殘廢 | 22 | 一目缺。 | |
| | | 23 | 一目視力減退至○·○五以下，經治療三個月無效者。 | |
| | | 24 | 雙目視力均減退至○·四以下，經治療六個月無效者。 | |
| | | 25 | 雙目視野均小於十五度，且雙目視力均在○·六以下，經治療六個月無效者。 | |
| 部分殘廢 | 45 | 雙目視力均減退至○·六以下，經治療六個月無效者。 | | |
| | 47 | 一目或雙目眼瞼缺損或麻痺，有機能障礙，經治療六個月仍無法矯治者。 | | |
| 咀嚼及吞嚥機能 | 全殘廢 | 4 | 咀嚼及吞嚥機能喪失無法矯治者。 | <input type="checkbox"/> 除流質外(不含粥、糊狀食物)，不能攝取其他食物。 <input type="checkbox"/> 必須永久灌食(暫時性灌食者請勿勾選)。 |
| | 半殘廢 | 28 | 吞嚥機能喪失無法矯治者。 | |
| | 部分殘廢 | 51 | 咀嚼機能喪失，無法矯治者。 | |
| 言語機能 | 全殘廢 | 5 | 言語機能喪失無法矯治者。 | <input type="checkbox"/> 聲帶全部剔除者。 <input type="checkbox"/> 因腦部言語中樞神經之損傷而患失語症。 <input type="checkbox"/> 不能構成語言之語音計有： <input type="checkbox"/> 口唇音 <input type="checkbox"/> 齒生音 <input type="checkbox"/> 口蓋音 <input type="checkbox"/> 咽頭音 <input type="checkbox"/> 言語障礙，不能傳達意思，無法矯治(即以言語表示，對方不能通曉其語意)。 |
| | 半殘廢 | 44 | 言語障礙，不能傳達意思，無法矯治者。 | |

殘廢標準及殘廢部位詳況

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將殘情實況於□打V或加註文字說明，每一打V或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本殘廢證明書首頁繪圖並標示說明。
- 4、本表如有虛偽不實之記載，填寫人將觸犯刑法偽造文書罪。

| 項目 | 殘等 | 編號 | 殘廢標準 | 經醫師鑑定之殘廢部位詳況 (均可複選) | |
|--------|-------------------------------|-------------|--|--|--|
| 肝 臟 | 全 殘 廢 | 10 | 肝臟代償力喪失之肝硬化症，經治療三個月無進步者。 | <input type="checkbox"/> 肝硬化(須附病理報告或超音波檢查報告) <input type="checkbox"/> 黃膽。 <input type="checkbox"/> 腹水。 <input type="checkbox"/> 下肢浮腫。 <input type="checkbox"/> 脾臟腫大。 <input type="checkbox"/> 食道靜脈曲張。 <input type="checkbox"/> 其他(請詳述) (註：肝癌及具有肝臟代償之肝硬化症不列殘等) | |
| | | 全 殘 廢 | 6 | 慢性心臟病，且有多次心臟衰竭，經治療六個月，仍遺留第四度心臟功能損害者。 | <input type="checkbox"/> 慢性心臟病，且有多次心臟衰竭，經治療六個月，仍遺留第四度心臟功能損害。 <input type="checkbox"/> 嚴重心律不整(復發性心室性頻脈及持續性房室傳導阻斷等)，合併多發性昏厥，經治療六個月無效者。 <input type="checkbox"/> 上述心臟病治療後，遺留第四度心臟功能損害(有心臟病且無法活動，在靜止狀態下，亦有心臟衰竭症狀)。 <input type="checkbox"/> 上述心臟病治療後，遺留第三度心臟功能損害(有心臟病，且有重度行動障礙，休息時無症狀，代稍有活動即氣喘心悸，或有胸痛症狀，不能從事任何操作勞動者)。 <input type="checkbox"/> 惡性高血壓，且眼底有第四度高血壓病變，經治療六個月無效者。 (註：心臟功能損害第二度(含)以下不列殘等) |
| | | | 7 | 嚴重心律不整(復發性心室性頻脈及持續性房室傳導阻斷等)合併多發性昏厥及第四度心臟功能損害，經治療六個月無效者。 | |
| 8 | 惡性高血壓，且眼底有第四度高血壓病變，經治療六個月無效者。 | | | | |
| | 半 殘 廢 | 28-1 | 慢性心臟病，且有多次心臟衰竭，需住院治療。經連續治療六個月，仍遺留第三度心臟功能損害者。 | | |
| 胰 臟 | 全 殘 廢 | 11 | 胰臟全部切除者。 | <input type="checkbox"/> 全部切除 | |
| | | 12 | 大腸切除三分之二以上者。 | <input type="checkbox"/> 大腸切除三分之二以上。(切除範圍未達三分之二者請勿勾選) | |
| 腸 | 半 殘 廢 | 32 | 肛門功能喪失，施行永久性人工肛門手術者。 | <input type="checkbox"/> 肛門功能喪失，施行永久性人工肛門手術。 | |
| | 全 殘 廢 | 13 | 慢性腎臟病或腎臟泌尿道手術導致末期腎臟病變，終身無法從事任何工作，而有下列情形之一者： (1)肌酸廓清試驗每分鐘在五公撮以下，經治療四個月並連續檢查無進步者。 (2)須長期接受透析治療(洗腎)者。 | <input type="checkbox"/> 末期腎臟病變，致終身無法從事任何工作(指無謀生能力且日常生活須他人照顧者)。 <input type="checkbox"/> 末期腎臟病變，仍可繼續工作。 <input type="checkbox"/> 須長期接受透析治療(洗腎) 開始洗腎日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 肌酸廓清試驗(每分鐘)：檢查日期(須連續四個月) | |
| | | | | | |

殘廢標準及殘廢部位詳況

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將殘情實況於□打V或加註文字說明，每一打V或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本殘廢證明書首頁繪圖並標示說明。
- 4、本表如有虛偽不實之記載，填寫人將觸犯刑法偽造文書罪。

| 項目 | 殘等 | 編號 | 殘廢標準 | 經醫師鑑定之殘廢部位詳況 (均可複選) |
|----------------------------|-----|------|--|--|
| | 半殘廢 | 31-1 | 慢性腎臟病或腎臟泌尿道手術導致末期腎臟病變，仍可繼續工作，而有下列情形之一者： (1)肌酸廓清試驗每分鐘在五公撮以下，經治療四個月並連續檢查無進步者。 (2)須長期接受透析治療(洗腎)者。 | 1、 年 月 日。結果：_____。 2、 年 月 日。結果：_____。 3、 年 月 日。結果：_____。 4、 年 月 日。結果：_____。 <input type="checkbox"/> 一側腎切除： <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 一側腎無功能： <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 ERPF 值為：_____ |
| | | 54 | 1. 一側腎全切除者。 2. 一側腎無功能且經核子醫學腎功能掃描器測定 ERPF 值在五十以下者。 (註：接受腎移植者可列為本項殘等) | <input type="checkbox"/> 腎移植 |
| 肺 臟 呼 吸 系 統 | 全殘廢 | 9 | 需氧氣或人工呼吸器以維持生命者：慢性穩定狀況時，未給予額外氧氣呼吸，動脈血氧分壓低於(或等於)50mmHg，經三個月治療仍未改善者。需使用人工呼吸器，以維持生命，經三個月治療仍未改善者。 | <input type="checkbox"/> 需氧氣或人工呼吸器以維持生命。 <input type="checkbox"/> 已經三個月以上治療仍未改善。 <input type="checkbox"/> 已經一年以上治療仍未改善。 <input type="checkbox"/> 慢性穩定狀況，未給予額外氧氣呼吸，動脈血氧分壓為：_____mg。 <input type="checkbox"/> 日常生活高度依存他人照顧。 <input type="checkbox"/> 日常生活部分依存他人照顧。 <input type="checkbox"/> 肺臟切除一側或以上，且經治療，肺功能仍未改善。 <input type="checkbox"/> 肺臟切除兩葉或以上未達一側肺，且經治療，肺功能仍未改善。 <input type="checkbox"/> 肺功能檢查結果： FEV1 為正常值_____%。 通氣功能為正常值_____%。 FEV1/FVC 比率為正常值_____%。 氣體交換為正常值_____% |
| | | 28-2 | 肺臟疾病經一年以上治療，肺功能仍未改善，且日常生活高度依存他人照顧，而有下列情形之一者： FEVI 為正常值百分之二十五以下者。 通氣功能為正常值百分之四十以下者。 FEVI/FVC 之比率為正常值百分之三十五以下者。 氣體交換為正常值百分之二十五以下者。 | |
| | | 28-3 | 肺臟切除一側或以上，且經治療，肺功能仍未改善，而日常生活高度依存他人照顧者。 | |
| | | 53 | 肺臟疾病經一年以上治療，肺功能仍未改善，且日常生活部分依存他人照顧，而有下列情形之一者： (1)FEVI 為正常值百分之二十五至三十者。 (2)通氣功能為正常值百分之四十至四十五者。 (3)FEVI/FVC 比率為正常值百分之三十五至四十者。 (4)氣體交換為正常值百分之二十五至三十者。 | |

殘廢標準及殘廢部位詳況

1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。

2、請將殘情實況於打V或加註文字說明，每一打V或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。

3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本殘廢證明書首頁繪圖並標示說明。

4、本表如有虛偽不實之記載，填寫人將觸犯刑法偽造文書罪。

| 項目 | 殘等 | 編號 | 殘廢標準 | 經醫師鑑定之殘廢部位詳況 (均可複選) |
|----------------------|------|------|--|---|
| | | 53-1 | 肺臟切除兩葉或以上未達一側肺，且經治療，肺功能仍未改善，而日常生活部分依存他人照顧者。 | |
| 食道 | 半殘廢 | 29 | 食道再造術者。 | <input type="checkbox"/> 作食道再造術 |
| 胃 | 半殘廢 | 30 | 胃全部切除者。 | <input type="checkbox"/> 全部切除(不含次全切除) |
| 泌尿 | 半殘廢 | 31 | 膀胱全部切除者(含人工膀胱造)。 | <input type="checkbox"/> 膀胱全部切除(含人工膀胱造)。 <input type="checkbox"/> 設置永久性尿管。 |
| | | 33 | 設置永久性尿管，皮膚或直腸管或大腸、小腸、人工膀胱者。 | <input type="checkbox"/> 皮膚或直腸管或大腸、小腸、人工膀胱。 (請於本證明書首頁圖解欄繪圖) |
| 精神 (本項需由精神專科醫師鑑定) | 全殘廢 | 14 | 精神障礙，呈現極嚴重智能減退、頹廢、情緒與思考均有重度障礙終身無法從事任何工作，經積極治療兩年以上未改善者。 | 1、智能： <input type="checkbox"/> 極嚴重減退 <input type="checkbox"/> 嚴重減退 <input type="checkbox"/> 輕度減退 2、智能測定結果：總智商_____、操作智商_____、語言智商_____ 3、外觀： <input type="checkbox"/> 重度頹廢 <input type="checkbox"/> 明顯頹廢 <input type="checkbox"/> 輕度頹廢 4、情緒： <input type="checkbox"/> 重度障礙 <input type="checkbox"/> 明顯障礙 <input type="checkbox"/> 輕度障礙 5、思考： <input type="checkbox"/> 重度障礙 <input type="checkbox"/> 明顯障礙 <input type="checkbox"/> 輕度障礙 6、工作能力： <input type="checkbox"/> 無謀生能力且日常生活須他人照顧。 |
| | 半殘廢 | 33-1 | 精神障礙，呈現嚴重智能減退、頹廢、情緒與思考均有明顯障礙，經積極治療一年以上，病情靜止，終身無法從事本職工作者。 | <input type="checkbox"/> 終身無法從事本職工作。 <input type="checkbox"/> 仍可從事輕便工作。 <input type="checkbox"/> 經治療或復健或指導後，仍可恢復工作。 6、其他補充說明(須加蓋醫師章) |
| 聽力 | 半殘廢 | 26 | 兩耳全聾者。 | 初診時： <input type="checkbox"/> 全聾(<input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳) <input type="checkbox"/> 聽力喪失：左_____分貝 右_____分貝。 |
| | | 27 | 兩耳鼓膜缺損或遺存重大障礙，致兩耳聽力各損失八十分貝以上者。 | 確定成殘時： <input type="checkbox"/> 全聾(<input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳) <input type="checkbox"/> 聽力喪失：左_____分貝 右_____分貝 |
| | 部分殘廢 | 48 | 一耳全聾者。 | |
| | | 49 | 一耳鼓膜缺損或遺存重大障礙，致一耳聽力損失八十分貝以上，或兩耳聽力各損失七十分貝以上者。 | |
| 生殖 | 半殘廢 | 35 | 男性因傷病醫療切除或喪失陰莖及兩側睪丸者(變性手術不在此列)。 | <input type="checkbox"/> 手術切除器官：切除(或喪失)之部位： 女性： <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 兩側卵巢 男性： <input type="checkbox"/> 陰莖 <input type="checkbox"/> 兩側睪丸 <input type="checkbox"/> 因癌症經放射治療，致喪失生殖能力： |

殘廢標準及殘廢部位詳況

1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。

2、請將殘情實況於□打V或加註文字說明，每一打V或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。

3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本殘廢證明書首頁繪圖並標示說明。

4、本表如有虛偽不實之記載，填寫人將觸犯刑法偽造文書罪。

| 項目 | 殘等 | 編號 | 殘廢標準 | 經醫師鑑定之殘廢部位詳況 (均可複選) |
|------|-----|--------------------------------|-----------------------------------|---|
| 容顏 | 半殘廢 | 43 | 容顏嚴重損壞，無法矯治，而遺留五官一部分之顯著變形，或機能障礙者。 | <input type="checkbox"/> 容顏嚴重損壞(包括前額以下、及下頷以上、兩耳以前之部位)，已整形或無法再經整形矯正(請檢附矯治後照片4 x 6大小)。 <input type="checkbox"/> 疤痕： <input type="checkbox"/> 已成熟 <input type="checkbox"/> 未成熟 <input type="checkbox"/> 範圍大小：_____公分 x _____公分 <input type="checkbox"/> 凹陷： <input type="checkbox"/> 範圍大小：_____公分 x _____公分 <input type="checkbox"/> 五官： <input type="checkbox"/> 口部變形或歪斜 <input type="checkbox"/> 鼻部變形或歪斜 |
| | | 50 | 鼻部缺損，致其機能遺存障礙，無法矯治者。 | <input type="checkbox"/> 兩眼其中之一變形或歪斜(<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼) <input type="checkbox"/> 有機能障礙：_____ (請詳述障礙情形) <input type="checkbox"/> 鼻骨全部或大部分缺損，致兩側鼻孔閉塞、鼻呼吸困難，不能矯治。 <input type="checkbox"/> 鼻骨全部或大部分缺損，致兩側嗅覺永久喪失。 (請於本證明書首頁圖解欄繪圖) |
| 肢體殘缺 | 全殘廢 | 16 | 兩上肢腕關節以上(遠心端)殘缺者。 | 殘缺部位(截肢或截指、趾)： <input type="checkbox"/> 兩上肢腕關節以上(遠心端) <input type="checkbox"/> 一上肢腕關節以上(遠心端)： <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 兩下肢踝關節以上(遠心端)。 <input type="checkbox"/> 一下肢踝關節以上(遠心端)： <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 兩下肢踝關節存在，踝關節以下(遠心端)，蹠趾關節以上 <input type="checkbox"/> 一下肢踝關節存在，踝關節以下(遠心端)，蹠趾關節以上 <input type="checkbox"/> 手指：左手： <input type="checkbox"/> 拇指 <input type="checkbox"/> 食指 <input type="checkbox"/> 中指 <input type="checkbox"/> 無名指 <input type="checkbox"/> 小指 右手： <input type="checkbox"/> 拇指 <input type="checkbox"/> 食指 <input type="checkbox"/> 中指 <input type="checkbox"/> 無名指 <input type="checkbox"/> 小指 <input type="checkbox"/> 一足五趾 <input type="checkbox"/> 二足十趾 <input type="checkbox"/> 其他(請詳述並請於本證明書首頁圖解欄繪圖) |
| | | 18 | 雙手包括兩姆指、兩食指、六指以上殘缺者。 | |
| | | 19 | 兩下肢踝關節以上(遠心端)殘缺者。 | |
| | 半殘廢 | 36 | 一上肢腕關節以上(遠心端)殘缺者。 | |
| | | 38 | 一手包括一姆指、一食指、三指以上殘缺者。 | |
| | | 39 | 雙手兩姆指殘缺者。 | |
| | | 40 | 一下肢踝關節以上(遠心端)殘缺者。 | |
| | | 41 | 兩下肢踝關節存在，踝關節以下(遠心端)，蹠趾關節以上殘缺者。 | |
| | | 42 | 兩足十趾完全殘缺者 | |
| | | 61 | 一手包括姆指在內，兩指以上殘缺者。 | |
| 部分殘廢 | 62 | 一手三指以上殘缺者。 | | |
| | 64 | 一下肢踝關節存在，踝關節以下(遠心端)，蹠趾關節以上殘缺者。 | | |
| | 66 | 一足五趾完全殘缺者。 | | |
| | 66 | 一足五趾完全殘缺者。 | | |
| 關節 | 全殘廢 | 16-1 | 兩上肢腕關節及手各關節機能完全喪失者。 | 1. 關節機能完全喪失部位(係指完全麻痺或僵直無法活動者)：請附X光片 <input type="checkbox"/> 左上肢： <input type="checkbox"/> 肩：活動範圍：_____ <input type="checkbox"/> 肘：活動範圍：_____ |
| | | 17 | 兩上肢三大關節機能完全喪失者。 | |
| | | 20 | 兩下肢三大關節機能完全喪失者。 | |

殘廢標準及殘廢部位詳況

- 1、本表應由主治醫院之主治醫師親自填註。
- 2、請將殘情實況於□打V或加註文字說明，每一打V或加註文字處均請加蓋醫師章始為有效。
- 3、凡切除器官或肢體障礙者，請務必於本殘廢證明書首頁繪圖並標示說明。
- 4、本表如有虛偽不實之記載，填寫人將觸犯刑法偽造文書罪。

| 項目 | 殘等 | 編號 | 殘廢標準 | 經醫師鑑定之殘廢部位詳況 (均可複選) |
|--------|------------------|----|-------------------------------|---|
| 機 能 | 半 殘 廢 | 21 | 兩髖關節機能完全喪失，同時胸腰脊椎關節僵直者。 | <input type="checkbox"/> 腕：活動範圍：_____ <input type="checkbox"/> 右上肢： <input type="checkbox"/> 肩：活動範圍：_____ <input type="checkbox"/> 肘：活動範圍：_____ <input type="checkbox"/> 腕：活動範圍：_____ <input type="checkbox"/> 左下肢： <input type="checkbox"/> 髖：活動範圍：_____ <input type="checkbox"/> 膝：活動範圍：_____ <input type="checkbox"/> 踝：活動範圍：_____ <input type="checkbox"/> 右下肢： <input type="checkbox"/> 髖：活動範圍：_____ <input type="checkbox"/> 膝：活動範圍：_____ <input type="checkbox"/> 踝：活動範圍：_____ <input type="checkbox"/> 手指各關節（請詳述並繪圖標示活動範圍） <input type="checkbox"/> 頸椎：活動範圍：_____ <input type="checkbox"/> 胸椎：活動範圍：_____ <input type="checkbox"/> 腰椎：活動範圍：_____ <input type="checkbox"/> 其他（請詳述並繪圖標示活動範圍） 2、其他：請附X光片 <input type="checkbox"/> 兩肢平行站立時一足懸空 <input type="checkbox"/> 兩下肢相差_____公分 （請於本證明書首頁圖解欄繪圖） |
| | | 37 | 一上肢三大關節機能完全喪失者 | |
| | | 41 | 一下肢三大關節機能完全喪失者。 | |
| | 部 分 殘 廢 | 59 | 一上肢腕關節及手各關節，機能完全喪失者。 | |
| | | 60 | 一上肢兩大關節機能完全喪失者。 | |
| | | 63 | 肩關節或肘關節有骨性或纖維性僵直者。 | |
| | | 65 | 一下肢兩大關節機能完全喪失者。 | |
| | | 67 | 髖關節或膝關節骨性或纖維性僵直，兩肢平行站立時一足懸空者。 | |
| | | 68 | 一下肢短五公分以上者。 | |
| | | 69 | 頸椎及腰椎骨性或纖維性僵直者。 | |