

## 疾病津貼申請表

### REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO DE DOENÇA

由申請人填寫 A PREENCHER PELO REQUERENTE

姓名 \_\_\_\_\_ 澳門居民身份證編號 \_\_\_\_\_  
Nome completo \_\_\_\_\_ BIRM N.º \_\_\_\_\_

存入銀行帳戶資料：

Conta bancária para creditar o subsídio:

按最近期已成功收取社會保障基金給付之 \_\_\_\_\_ 銀行帳戶記錄；  
Conta bancária em que recentemente foi creditada com sucesso a prestação do FSS(銀行名稱 Nome de Banco)  
或 ou

銀行 \_\_\_\_\_ 個人澳門幣銀行帳號 \_\_\_\_\_  
Banco \_\_\_\_\_ Conta bancária individual em patacas n.º (須附同帳號影印本 Deve anexar fotocópia da conta bancária)

本人同意以流動短訊(SMS)接收社會保障基金發出有關是次申請之訊息。  
Eu concordo em receber a mensagem do FSS relativa ao presente pedido através de telemóvel (SMS).

1. 本人聲明在患病期間沒有從事任何有報酬的活動。  
**Declaro que não exerço qualquer actividade remunerada durante o período de doença.**
2. 根據第 4/2010 號法律《社會保障制度》第 25 條第 3 及 4 款，養老金、殘疾金、失業津貼及疾病津貼的給付不得互相重疊，倘有重疊收取給付，本人選擇收取相同時段金額較多的給付；倘重疊給付金額與是次申請給付金額相等，本人選擇是次申請之給付。  
**Nos termos dos n.ºs 3 e 4 do artigo 25.º da Lei n.º 4/2010 (Regime da Segurança Social), a pensão para idosos, pensão de invalidez, subsídio de desemprego e subsídio de doença não são cumuláveis entre si. Se houver a acumulação das prestações a receber, vou escolher a prestação mais favorável durante o período idêntico; e se o montante entre a prestação acumulada e a presente prestação requerida for igual, prefiro a última opção.**

由社會保障基金填寫 RESERVADO AO FSS

申請人簽名（須與身份證一致）  
Assinatura do requerente (conforme o BIR)

澳門 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
Macau \_\_\_\_\_ dia \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_ ano

（須填寫續頁第 1 項僱主機構聲明、第 2、3 項醫生證明）

（Deve preencher o ponto 1 sobre Declaração da Entidade Empregadora e os pontos 2 e 3 sobre Atestado Médico constantes no verso）

需遞交文件 Documentos necessários:

1. 出示申請人的澳門居民身份證正本；  
Exibir o original do bilhete de identidade de residente de Macau do requerente;
2. 專用表格上列有之醫生證明須由澳門特別行政區衛生局註冊醫生、澳門的醫院、或澳門衛生中心醫生填寫。  
Atestado médico em impresso próprio, preenchido por médico inscrito nos Serviços de Saúde de Macau, médico dos hospitais de Macau, ou dos centros de saúde de Macau.

遞交申請期限 Prazo para apresentação do requerimento :

患病翌日起至有權收取最後疾病津貼日起 30 日內。

A partir do segundo dia em que se encontre em situação de doença e até 30 dias após a data da cessação da situação de doença que confere direito ao subsídio.

疾病津貼申請表收條 RECIBO DO REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO DE DOENÇA

注意：在領取疾病津貼的患病期間不可從事任何有報酬的活動。

**Nota: Durante o período de recebimento do subsídio de doença não pode exercer qualquer actividade remunerada.**

**1 僱主機構聲明 DECLARAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA**

(倘患病期間並非受僱，不須填寫此欄 Não precisa preencher, caso não for contratado durante o período de doença.)

僱主機構名稱 \_\_\_\_\_ 僱主註冊編號 \_\_\_\_\_  
Nome da entidade empregadora: N.º da matrícula do empregador

現聲明僱員 (姓名) \_\_\_\_\_ 受益人編號 \_\_\_\_\_  
declara que o trabalhador (Nome) beneficiário n.º

由 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年 至 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年 缺勤  
desde (dia) (mês) (ano) até (dia) (mês) (ano) faltou ao serviço

澳門 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
Macau dia mês ano

\_\_\_\_\_ 簽名及蓋章 (印章須與僱主名稱一致)  
Assinatura e carimbo (O carimbo deve estar conforme o nome do empregador)

**2 醫生證明 (住院) ATESTADO MÉDICO (COM INTERNAMENTO)**

本人 \_\_\_\_\_ 屬澳門特區衛生局註冊醫生、澳門的醫院、或澳門衛生中心醫生，  
Eu, \_\_\_\_\_, médico inscrito nos Serviços de Saúde de Macau, médico dos hospitais de Macau, ou dos centros de saúde de Macau.

編號 \_\_\_\_\_ 以名譽保證受益人 (姓名) \_\_\_\_\_ 因以下理由患病不能工作。  
N.º atesta, por sua honra, que o beneficiário (nome), \_\_\_\_\_, está impossibilitado para o trabalho, pela razão abaixo indicada:

自然病  意外事故  職業病  工作意外  分娩  
Doença natural Acidente Doença profissional Acidente de trabalho Parto

住院始於 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
Data da baixa dia mês ano

住院止於 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
Data da alta dia mês ano

澳門 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
Macau dia mês ano

醫生 \_\_\_\_\_  
O Médico (簽名及蓋章 Assinatura e carimbo)

**3 醫生證明 (非住院) ATESTADO MÉDICO (SEM INTERNAMENTO)**

本人 \_\_\_\_\_ 屬澳門特區衛生局註冊醫生、澳門的醫院、或澳門衛生中心醫生，  
Eu, \_\_\_\_\_, médico inscrito nos Serviços de Saúde de Macau, médico dos hospitais de Macau, ou dos centros de saúde de Macau.

編號 \_\_\_\_\_，以名譽保證受益人 (姓名) \_\_\_\_\_ 因以下理由患病不能工作。  
N.º atesta, por sua honra, que o beneficiário acima identificado está impossibilitado para o trabalho, pela razão abaixo indicada:

自然病  意外事故  職業病  工作意外  分娩  
Doença natural Acidente Doença profissional Acidente de trabalho Parto

病假始於 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
Data do início dia mês ano

病假止於 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
Data do termo dia mês ano

澳門 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
Macau dia mês ano

醫生 \_\_\_\_\_  
O Médico (簽名及蓋章 Assinatura e carimbo)