



社會保障基金  
F U N D O  
DE SEGURANÇA  
S O C I A L

## 疾病津貼申請表

由申請人填寫

姓名 \_\_\_\_\_ 澳門居民身份證編號 \_\_\_\_\_

存入銀行帳戶資料：

按最近期已成功收取社會保障制度給付之 \_\_\_\_\_ 銀行帳戶；或  
(銀行名稱)

銀行 \_\_\_\_\_ 個人澳門元銀行帳號 \_\_\_\_\_  
(須附同銀行帳戶影印本)

本人同意以流動短訊(SMS)接收社會保障基金之訊息。

本人曾於澳門特別行政區政府衛生局轄下醫院或衛生中心就診並要求開具醫生證明，患病時段為 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日，現同意社會保障基金向衛生局查閱及取得本人涉及上述時段之醫生證明及該證明的資料用以申請疾病津貼。

本人現申請醫生證明所列患病期間的疾病津貼，並聲明如下：

1. 於上述期間患病且沒有從事任何有報酬的活動。
2. 是次患病不屬以下任一情況：因工作意外或職業病造成的損害；由第三人的行為所引致且應由其負責賠償的疾病；由本人故意造成的疾病。知悉如屬於上述任一情況，依法不予獲發疾病津貼。
3. 知悉養老金、殘疾金、失業津貼和疾病津貼依法不能重疊收取，其中，養老金、殘疾金為按月計的給付，失業津貼、疾病津貼為按日計的給付；倘出現重疊，本人選擇收取相同時段金額較多的給付；倘金額相同，則選擇是次申請之給付。

由社會保障基金填寫

申請人簽署（須與澳門居民身份證一致）

需附同的文件：

1. 出示申請人有效的澳門居民身份證正本或影印本；
2. 本申請表後頁之醫生證明須由位於澳門特別行政區或橫琴粵澳深度合作區內作診斷或入住的醫療機構認證，並由持有澳門特別行政區政府或內地政府發出的執照的醫生開具及適當簽署；
  - 2.1 如屬在澳門衛生局轄下的醫療機構就診時要求開具的醫生證明，並聲明同意社會保障基金查閱及取得有關醫生證明則可免交；
  - 2.2 如屬非疾病津貼申請表上的醫生證明，可提交影印本，但須出示正本核對；
3. 倘患病期間處於受僱狀況，須遞交由僱主填寫的“社會保障基金疾病津貼申請一僱主聲明”或由僱主發出的缺勤聲明書，並須具有僱主或其法定代表簽署及印章，可提交影印本，但須出示正本核對；
4. 如申請人的聯絡地址/電話/接收短訊之流動電話已變更，可經“一戶通”手機應用程式或“一戶通”網上平台進入身份證明局的“登記及更改地址服務”更改身份證明局的聯絡資料時，授權該局同時將有關資料提供予社會保障基金作更新，或填報“個人資料更改表”。

遞交申請期限：

受益人可由患病翌日起至患病狀況終止後三十日內申請疾病津貼；如受益人的患病期間超越有權收取疾病津貼的最長期間，則最遲於該最長期間終止後三十日內提出申請。

疾病津貼申請表收條

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。

**1 醫生證明（住院）**

本人 \_\_\_\_\_，澳門特別行政區政府／內地醫生執照編號 \_\_\_\_\_，

證明受益人（姓名）\_\_\_\_\_，澳門居民身份證編號 \_\_\_\_\_

因以下理由患病不能工作。

自然病       意外事故       職業病       工作意外       分娩

住院始於 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

住院止於 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_

醫生簽署 及  
澳門特別行政區或合作區內作診斷或入住的醫療機構蓋章

**2 醫生證明（非住院）**

本人 \_\_\_\_\_，澳門特別行政區政府／內地醫生執照編號 \_\_\_\_\_，

證明受益人（姓名）\_\_\_\_\_，澳門居民身份證編號 \_\_\_\_\_

因以下理由患病不能工作。

自然病       意外事故       職業病       工作意外       分娩

病假始於 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

病假止於 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_

醫生簽署 及  
澳門特別行政區或合作區內作診斷或入住的醫療機構蓋章