

高雄高等行政法院判決

高等行政訴訟庭第二庭

112年度訴字第81號

民國114年1月7日辯論終結

原告 鄭肇森
訴訟代理人 蔡文健 律師
鄭植元 律師
被告 勞動部勞工保險局

代表人 白麗真
訴訟代理人 葉慧敏
蘇雅斐

上列當事人間勞工保險條例事件，原告不服勞動部中華民國111年11月17日勞動法訴一字第1110012587號訴願決定，提起行政訴訟，經臺灣臺南地方法院112年度簡字第5號裁定移送本院，本院判決如下：

主 文

- 一、訴願決定、爭議審定及原處分均撤銷。
- 二、被告對於原告民國109年9月3日勞工保險職業傷害失能給付之申請，應作成准予給付新臺幣96萬5,778元之行政處分。
- 三、訴訟費用由被告負擔。

事實及理由

壹、程序方面

- 一、本件為修正行政訴訟法施行前已繫屬於本院之通常訴訟程序事件，於修正行政訴訟法施行後尚未終結，依行政訴訟法施行法第18條第1款規定由本院依舊法審理。
- 二、被告代表人原為陳琄，於本件訴訟審理中變更為白麗真，新任代表人已具狀聲明承受訴訟（見本院卷第41頁），核無不合，應予准許。
- 三、行政訴訟法第111條第1項、第3項第2款規定：「（第1項）訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴。但經被告同

01 意或行政法院認為適當者，不在此限。……（第3項）有下列
02 列情形之一者，訴之變更或追加，應予准許：……二、訴訟
03 標的之請求雖有變更，但其請求之基礎不變。」查原告起訴
04 時訴之聲明為：「1、訴願決定、爭議審定及原處分均撤銷。
05 2、被告對於原告109年9月3日勞工保險職業傷害失能給
06 付之申請，應作成准予給付之處分。」（見本院卷第63頁）
07 嗣於114年1月7日言詞辯論時變更其聲明為：「1、訴願決
08 定、爭議審定及原處分均撤銷。2、被告對於原告109年9月3
09 日勞工保險職業傷害失能給付之申請，應作成准予給付新臺
10 幣（下同）96萬5,778元之處分。」（見本院卷第469頁）核
11 其請求之基礎不變，依前揭規定，其變更應予准許。

12 貳、實體方面

13 一、爭訟概要：

14 （一）原告為富邦人壽保險股份有限公司（下稱富邦人壽公司）
15 之勞工保險被保險人，其於108年7月24日公出途中發生車
16 禍事故（下稱系爭事故），受有頭部外傷、頸部鈍傷併頸
17 神經損傷、多處肢體擦挫傷、胸壁挫傷、頸椎第4至6節椎
18 間盤外傷性破裂合併脊髓壓迫損傷與肢體乏力等傷害。原
19 告於109年9月3日檢附阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院
20 （下稱阮綜合醫院）109年8月27日失能診斷書向被告申請
21 職業傷害失能給付。被告經參酌特約審查醫師意見後，於
22 110年3月30日通知原告前往高雄榮民總醫院（下稱高雄榮
23 總）複檢。高雄榮總於110年5月20日以高總管字第000000
24 0000號書函（下稱110年5月20日函）檢送失能複檢診斷書
25 及檢查報告，經被告審查後以110年6月17日保職核字第10
26 903101917301號函核定不予給付（下稱前處分）。原告乃
27 申請爭議審議，經勞動部於110年10月1日以勞動法爭字第
28 0000000000號保險爭議審定書撤銷前處分，由被告查明後
29 另為適法之處分（下稱前爭議審定）。

30 （二）被告遂於110年10月8日通知原告前往國立成功大學醫學院
31 附設醫院（下稱成大醫院）複檢，並函詢高雄榮總關於前

揭失能複檢診斷書內容疑義後，仍以111年1月26日保職失字第0000000000號函核定原告所請不予給付（下稱原處分）。原告申請爭議審議，經勞動部以111年6月7日勞動法爭字第0000000000號保險爭議審定書駁回（下稱爭議審定）。原告提起訴願，經勞動部以111年11月17日勞動法訴一字第0000000000號訴願決定書駁回（下稱訴願決定）。原告不服，遂提起本件行政訴訟。

二、原告起訴主張及聲明：

（一）主張要旨：

1、原告因「頸椎第4、5、6節椎間盤外傷性破裂併脊髓損傷與肢體乏力」而受有永久失能之損害：

(1)依前爭議審定記載：「依阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院之病歷資料顯示，訴願人術後雙上肢肌力4至4-分；高雄市立大同醫院之病歷資料顯示，其肌力為5-分，頸椎為退化病變。」已明確指出被告認原告未受有永久失能之判斷顯屬違誤。前處分遭前爭議審定撤銷後，被告要求原告前往高雄榮總複檢以確認是否受有永久失能之損害；高雄榮總失能複檢診斷書記載原告「左肩肌力為4分、左肘及腕肌力為3分，右肩肌力為4分，右肘肌力為3分，右腕肌力為2分，雙下肢肌力為4分」。被告於110年10月8日函詢高雄榮總原告失能複檢診斷書所載肌力分數與檢查報告不相符之原因，經高雄榮總110年10月20日以高總管字第0000000000號函（下稱高雄榮總110年10月20日函）覆被告，原告肌力差係因脊髓損傷造成，安排接受肌電圖及神經傳導檢查乃檢測神經根病變，有可能測得結果正常，其肌力分數係該院門診理學檢查測得，足見被告以上下肢誘發電位檢查顯示正常，並無脊髓受傷問題，認定原告未受有永久失能之損害，顯屬率斷。原告因民事損害賠償事件，經成大醫院職業及環境醫學部出具永久性障害及工作能力減損評估報告，判定原告「第4、5、6頸椎間盤突出合併脊髓壓迫與肌躍症影響上肢全人障害減損15%、步態全人障害

減損5%、神經性疼痛或頭痛2%；合併計算全人障害減損21%」，足證其受有永久失能之損害。

(2)原告自費至義大醫療財團法人義大醫院（下稱義大醫院）神經內科實施所有電氣生理學檢查及加做全身表面肌電圖、腦波圖，發現確因脊髓損傷所致「肌躍症」之客觀事實，足證阮綜合醫院、高雄市立大同醫院（下稱大同醫院）之診斷證明、高雄榮總失能複檢診斷書、成大醫院職業及環境醫學部永久性障害及工作能力減損評估報告，所作專業判斷均無不妥。原告為申請重大傷病證明，於高雄市聯合醫院（下稱聯合醫院）檢查後，同樣有「頸椎第4、5、6節椎間盤創傷性突出症併脊髓神經壓迫損傷術後並導致肢體乏力，雙上肢乏力（肌力4-分），雙上肢震顫及前胸不自主抖動，睡眠障礙，心律不整因頸椎損傷所致……」之病症，處置意見記載：「中樞神經系統機能遺存顯著障害，神經痛併肌肉不自主抽搐，症狀固定，輪椅使用，日常生活勉強自理但需專人照顧，終身僅無工作能力工作」，與勞工保險失能給付標準（下稱失能給付標準）第3條附表失能種類2-3「中樞神經系統機能遺存顯著失能，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動尚可自理者」之失能等級第3級相當。

(3)原告因系爭事故致頸椎第4、5、6節椎間盤外傷性破裂併脊髓損傷，向富邦人壽公司申請100多天公傷假，仍無法順利返回職場；公傷假後繼續向富邦人壽公司申請2年育嬰假，遲至112年4月9日始申請返回富邦人壽公司擔任原職保險業務員。然原告因頸椎第4、5、6節椎間盤外傷性破裂併脊髓損傷，造成肌躍症及四肢肌力不到4分，偶爾會全身性震顫抽搐，對物品操作或拿握均有困難，無法安全騎乘機車，手握油門有時會無法施力、有時又會大轉油門，遑論開車拜訪客戶，致收入遞減。原告每週需至奇美醫療財團法人奇美醫院（下稱奇美醫院）進行3次物理治療及職能治療，對生活及工作均造成重大影響，不能單以

原告申請返回富邦人壽公司擔任原職之事實，反推原告並無因「頸椎第4、5、6節椎間盤突出合併脊髓壓迫，受有永久失能之損害」之結論，否則豈非原告須完全喪失工作能力，方符向被告申請本件勞工保險職業傷害失能給付資格？原告遲至113年5月21日仍因肌躍症、神經痛及神經炎需至奇美醫院就診治療。原告於113年4月間甚至因肌躍症、神經痛及神經炎加劇而住院觀察治療，住院期間經奇美醫院以神經電器儀器檢查得知肌躍症、神經痛及神經炎之病情並無根治。原告確因系爭事故致頸椎第4、5、6椎間盤外傷性破裂併脊髓損傷，造成肌躍症及四肢肌力不到4分，經常性發生全身性震顫抽搐等症狀，即便每季皆須施打藥劑、每週須至奇美醫院進行3次物理治療及職能治療，終究僅能減緩症狀而無法根治。

(4)原告因前揭病狀而領有中華民國身心障礙證明，障礙等級為「重度障礙」，衛生福利部中央健康保險署全民健保重大傷病核定審查通知書明確記載重大傷病類別為「18脊髓損傷或病變引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者」，卡證有效起訖日記載「113/08/02～永久有效」，足證原告因脊髓損傷致神經受損，已達到永久失能之程度。

(5)依前揭阮綜合醫院、大同醫院、義大醫院診斷證明、高雄榮總失能複檢診斷書、成大醫院職業及環境醫學部永久性障害及工作能力減損評估報告，足證原告因頸椎第4、5、6節椎間盤突出合併脊髓壓迫而永久失能，屬失能給付標準第3條附表「失能種類：神經，失能項目：2-4，失能狀態：中樞神經系統機能遺存顯著失能，終身僅能從事輕便工作者，失能等級：7」之失能狀態。

2、依高雄榮總113年6月27日高總管字第0000000000號函（下稱113年6月27日函）及成大醫院病情鑑定報告書，足證肌電圖及傳導檢查正常，不能排除原告因頸椎第4、5、6節椎間盤外傷性破裂併脊髓損傷而受有永久失能之結論：

01 (1)高雄榮總113年6月27日函記載：「（一）是，不能僅因
02 『肌電圖及神經傳導檢查正常』之結果，排除脊髓損傷所
03 導致之肌力變差症狀。……（三）肌電圖及神經傳導主要
04 檢測周邊神經功能，脊髓損傷可能測得結果正常。」原告
05 失能之原因若係脊髓損傷所致，安排肌電圖及神經傳導檢
06 查有可能測得結果正常；無法導出肌電圖及神經傳導檢查
07 測得結果正常，即代表脊髓未損傷之結論。

08 (2)依成大醫院病情鑑定報告書記載：「本院『勞動能力減損
09 比例鑑定』乃考量個案事故傷害後與事故相關且持續影響
10 其工作能力之可能綜合診斷，經實地醫療評估與現有之病
11 歷資料評估：個案受傷前並無上下肢抖動無力或身心科之
12 就醫紀錄，傷後受有頸椎椎間凸出並接受手術治療，門診
13 評估時個案仍受有頸部疼痛、軀幹與上肢抖動症狀、上下
14 肢無力影響手部功能與步態，與『第4、5、6節頸椎椎盤
15 突出合併脊髓壓迫與肌躍症』之診斷較相符，據此進行評
16 估並提供鑑定意見供貴院參考。」足證原告於系爭事故
17 後，方產生頸部疼痛、軀幹與上肢抖動症狀、上下肢無力
18 影響手部功能與步態之狀況，經評估係因頸椎第4、5、6
19 節椎間盤突出所致之脊髓壓迫與肌躍症。

20 （二）聲明：

21 1、訴願決定、爭議審定及原處分均撤銷。

22 2、被告對於原告109年9月3日勞工保險職業傷害失能給付之
23 申請，應作成准予給付96萬5,778元之處分。

24 三、被告答辯及聲明：

25 （一）答辯要旨：

26 1、原告所患未達失能給付標準：

27 (1)原告於108年7月24日公出途中發生車禍致「第4、5、6頸
28 椎間盤外傷性破裂併脊髓損傷」，其於109年9月3日向被
29 告申請勞工保險職業傷害失能給付，檢附阮綜合醫院109
30 年8月27日失能診斷書、大同醫院、義大醫院及長庚醫療
31 財團法人高雄長庚紀念醫院（下稱高雄長庚）病歷等資

料。被告將上開資料送請特約專科醫師審查，其審查意見為：「病人原有頸椎骨刺，椎間盤與之同步突出，受撞擊後雙手略無力，經大同醫院，長庚、義守最後至阮外科手術，術後未改善，肌力4或5分，病歷都是複製，不知實際情況；複檢至高榮，請做上下肢誘發電位（感覺運動）。」經被告函請原告至高雄榮總複檢後，將該院出具之失能複檢診斷書及檢查報告併全案再送請特約專科醫師審查，其審查意見為：「複檢神經傳導、肌電圖都正常，而理學檢查反而變無力加重；其電氣生理檢查正常，應無無力，不符失能標準。」被告乃據全卷資料及參酌特約醫師審查意見，作成前處分核定不予給付。嗣前爭議審定撤銷前處分並命被告查明後另為適法處分，被告乃函詢高雄榮總失能複檢診斷書第3頁所載，其雙肘肌力為3分，右腕肌力為2分，惟肌電圖及神經傳導檢查卻正常之原因。高雄榮總函覆：「原告肌力差係因脊髓損傷造成，安排接受肌電圖及神經傳導檢查乃檢測神經根病變，有可能測得結果正常。其肌力分數係於本院門診就診經理學檢查測得。」被告又函請原告至成大醫院複檢，惟久未見復，被告乃依既有資料審查並作成原處分核定其所患經治療後，神經傳導、肌電圖都正常，未達失能給付標準，所請失能給付不予給付。原告不服，檢附成大醫院檢查報告及病歷資料申請審議，被告為求慎妥，又函詢成大醫院未檢送原告複檢資料之原因。成大醫院函覆：「原告有至敝院複檢，110年10月8日執行神經傳導檢查與肌電圖檢查；110年10月13日執行了上下肢神經誘發電位檢查；110年12月23月執行了頸椎神經核磁造影檢查，上述檢查報告提供貴局參考。」被告將檢查報告、成大醫院病歷併全卷資料再送請特約專科醫師審查，其審查意見為：「成大110年10月13日上下肢誘發電位檢查正常，並無脊髓受傷問題，而神經傳導、肌電圖都正常，也無脊神經問題，不符失能標準。」被告乃據以維持原處分之認定。

01 (2)依改制前行政院衛生署89年3月17日衛署醫字第89013119
02 號書函說明三：「診斷書之內容，係由醫師依病人病情或
03 依該病人之病歷據實填載，……至於該診斷書所載之病
04 情，是否符合殘障給付標準，係由該殘障給付主管機關逕
05 依權責認定。」被告對勞工保險被保險人申請失能給付，
06 應依勞工保險條例及失能給付標準附表規定審查。被保險
07 人請領失能給付須以發生失能之結果，符合勞工保險條例
08 第53條、第54條第1項規定而應具備「治療後」、「症狀
09 固定」、「再行治療仍不能期待其治療效果」、「診斷永
10 久失能」、「符合失能給付標準規定」等要件。惟被保險
11 人之失能狀態是否符合失能給付標準及失能等級之認定，
12 常涉及醫理專業領域，尚難僅憑失能診斷書為唯一審查依
13 據，且非投保單位、被保險人或被告承辦人員所能逕予認
14 定，故依勞工保險條例第28條、第56條第1項及同條例施
15 行細則第6條第2項規定，被告於審核失能給付案件時，除
16 依被保險人檢附之書面資料審核外，如有必要，得另行指
17 定醫院或醫師複檢，並得通知出具失能診斷書之醫院檢送
18 必要之有關病歷及檢查報告等資料審查。被告為盡職權調
19 查證據義務，遇有醫理上疑義時，自得委請具有專業知識
20 之專科醫師依客觀、具體之事證資料綜合審查研判，提供
21 醫理見解以為審核依據。被告特約專科醫師均係經衛生福
22 利部審定合格具有專科診療資格之醫師，其依被保險人之
23 失能診斷書、檢查報告及病歷等資料提供審查意見，是依
24 其醫學專業及被保險人實際診療情形而非恣意推斷，被告
25 參酌其提供之醫理見解並依職權所為處分，自屬有據。

26 (3)被告為查證原告所患是否已達失能給付標準，先後函請原
27 告至高雄榮總及成大醫院複檢，並函詢複檢醫院以釐清失
28 能複檢診斷書所載之肌力分數與檢查報告間之差異，及未
29 檢具複檢失能診斷書之原因，全案經被告特約專科醫師及
30 勞動部特約專科醫師多次就檢查報告（含高雄榮總、成大
31 醫院、原告自費至義大醫院所做之檢查報告）、就診病歷

01 (含阮綜合醫院、大同醫院、義大醫院、高雄長庚、成大
02 醫院)、光碟片、2份失能診斷書(含複檢失能診斷書)
03 等資料綜合審查研判,提供醫理見解,咸認原告之神經傳
04 導、肌電圖及上下肢誘發電位檢查均顯示正常,並無脊髓
05 受傷,且原告之運動、感覺誘發電位等檢查報告亦均屬正
06 常,未達失能給付標準,與勞工保險條例第53條、第54條
07 請領規定不符,故被告以原處分核定原告所請失能給付不
08 予給付。

09 (4)原告以其另案民事損害賠償事件所檢附成大醫院職業及環
10 境醫學部111年8月5日永久性障害及工作能力減損評估報
11 告,主張受有永久失能之損害。然該評估報告係採用AMA
12 (美國醫學會永久障礙評估指南)障害分級之評估方式,
13 係被保險人申請失能年金給付,整體失能程度經被告審查
14 符合失能給付標準附表第1至第7等級,惟未符合該附表所
15 定失能狀態列有「終身無工作能力」之失能項目,被告據
16 以查明其是否符合「工作能力減損達70%以上,且無法返
17 回職場」之年金請領條件,送請被告委託之專業醫院進行
18 個別化專業評估之評估方式,被告並非以該評估方式審查
19 被保險人之失能程度,原告申請一次領取神經部位失能之
20 失能給付,自應依失能給付標準附表所定神經失能審核基
21 準第1點規定,綜合其全部症狀,對於永久喪失勞動能力
22 與影響日常生活或社會生活、活動狀態及需他人扶助之情
23 況予以審核其神經失能程度是否已達給付標準。原告之主
24 張顯係誤解請領規定。其檢附不同醫院出具之「一般診斷
25 證明書」僅為醫師囑言,而「勞工保險失能診斷書」係勞
26 工保險條例施行細則第68條明定請領失能給付者應備之書
27 件,須於符合開立該種診斷書規定之條件時,醫師始得依
28 病人病情及病歷記載據實開立,無法以一般診斷書或就醫
29 紀錄替代。

30 2、高雄榮總回函及成大醫院病情鑑定報告書均無法證明原告
31 符合勞工保險失能給付請領要件：

01 (1)高雄榮總113年6月27日函內容略為：不能僅因「肌電圖及
02 神經傳導檢查正常」之結果，排除脊髓損傷所導致之肌力
03 變差症狀，及肌電圖、神經傳導主要檢測周邊神經功能，
04 脊髓損傷可能測得結果正常等語。惟未說明其他神經相關
05 檢查亦無法測其脊髓損傷之情況，原告於肌電圖、神經傳
06 導檢查正常且上下肢誘發電位檢查亦正常，即說明原告脊
07 髓部分應為正常；又原告肌力部分，前經高雄榮總於110
08 年10月20日函覆係門診理學檢查所得，即徒手肌力檢查，
09 係由醫生或治療師施予阻力的情況下，測試受測者的肌肉
10 為抵抗阻力所產生反應大小，徒手測試受測者上下肢3大
11 關節肌力；而神經學各項檢查報告利用儀器電流刺激四肢
12 神經檢查神經有無異常及病變較具客觀性。

13 (2)成大醫院病情鑑定報告書內容明確指出，若缺乏客觀檢查
14 結果支持，則脊髓性肌躍症也可能被認為是心理因素導
15 致，即肌躍症之軀幹與上肢抖動症狀，未必與外傷或第
16 4、5、6節頸椎椎間突出直接相關。原告各項神經學相關
17 檢查（含神經傳導、肌電圖及上下肢誘發電位檢查、運
18 動、感覺誘發電位等檢查報告）均屬正常，即原告所患脊
19 髓性肌躍症也可能被認為是心理因素導致，實難謂原告已
20 符合勞工保險失能給付請領要件。

21 3、被告並非僅以肌電圖、神經傳導檢查論斷原告未達失能給
22 付標準，尚經被告及勞動部之特約專科醫師依2份失能診
23 斷書（阮綜合醫院及高雄榮總失能複檢診斷書）、5家醫
24 院就診病歷（阮綜合醫院、大同醫院、義大醫院、高雄長
25 庚及成大醫院）及多份神經學相關檢查報告（含感覺神經
26 傳導、肌電圖、上下肢運動神經傳導、神經傳導速度及肌
27 電圖檢查、神經誘發電位檢查報告、頸椎神經核磁造影檢
28 查、磁振造影檢驗報告、表面肌電圖）等資料綜合審查，
29 咸認原告神經傳導、肌電圖及上下肢誘發電位檢查、運
30 動、感覺誘發電位等檢查結果均屬正常，始認定原告於10
31 9年8月27日診斷失能時未達給付標準。

01 (二) 聲明：原告之訴駁回。

02 四、爭點：

03 (一) 原告主張其因系爭事故所受傷害符合失能給付標準第3條
04 附表失能種類2-4之失能等級第7級，是否有據？

05 (二) 原告請求判命被告依其於109年9月3日勞工保險職業傷害
06 失能給付之申請，作成准予給付96萬5,778元之行政處
07 分，有無理由？

08 五、本院之判斷：

09 (一) 爭訟概要欄所載事實，業據兩造陳明在卷，並有原告109
10 年9月3日申請書及阮綜合醫院失能診斷書（見原處分卷第
11 1頁至第5頁）、被告110年3月30日保職失字第0000000000
12 0號函（見原處分卷第29頁至第30頁）、高雄榮總110年5
13 月20日函暨失能複檢診斷書及檢查報告（見原處分卷第7
14 頁至第19頁）、前處分（見原處分卷第33頁）、前爭議審
15 定（見原處分卷第48頁至第51頁）、被告110年10月8日保
16 職失字第00000000000號函（見原處分卷第53頁至第54
17 頁）、110年10月8日保職失字第00000000000號函（見原
18 處分卷第55頁）、高雄榮總110年10月20日函（見原處分
19 卷第57頁）、原處分（見原處分卷第59頁至第60頁）、爭
20 議審定（見原處分卷第95頁至第98頁）及訴願決定（見原
21 處分卷第125頁至第132頁）等附卷可稽，自堪認定。

22 (二) 應適用之法令：

23 1、勞工保險條例

24 (1)第28條：「保險人為審核保險給付或勞工保險監理委員會
25 為審議爭議案件認有必要者，得向被保險人、受益人、投
26 保單位、各該醫院、診所或領有執業執照之醫師、助產士
27 等要求提出報告，或調閱各該醫院、診所及投保單位之病
28 歷、薪資帳冊、檢查化驗紀錄或放射線診斷攝影片（X光
29 照片）及其他有關文件，被保險人、受益人、投保單位、
30 各該醫院、診所及領有執業執照之醫師或助產士等均不得
31 拒絕。」

01 (2)第53條第1項：「被保險人遭遇普通傷害或罹患普通疾
02 病，經治療後，症狀固定，再行治療仍不能期待其治療效
03 果，經保險人自設或特約醫院診斷為永久失能，並符合失能
04 給付標準規定者，得按其平均月投保薪資，依規定之給
05 付標準，請領失能補助費。」

06 (3)第54條第1項：「被保險人遭遇職業傷害或罹患職業病，
07 經治療後，症狀固定，再行治療仍不能期待其治療效果，
08 經保險人自設或特約醫院診斷為永久失能，並符合失能給
09 付標準規定發給一次金者，得按其平均月投保薪資，依規
10 定之給付標準，增給50%，請領失能補償費。」

11 (4)第54條之1第1項：「前2條失能種類、狀態、等級、給付
12 額度、開具診斷書醫療機構層級及審核基準等事項之標
13 準，由中央主管機關定之。」

14 (5)第56條第1項：「保險人於審核失能給付，認為有複檢必
15 要時，得另行指定醫院或醫師複檢，其費用由保險基金負
16 擔。」

17 2、勞工保險條例施行細則

18 (1)第6條第2項：「保險人為審核保險給付，得視業務需要委
19 請相關科別之醫師或專家協助之。」

20 (2)第68條：「（第1項）依本條例第53條或第54條規定請領
21 失能給付者，應備下列書件：一、失能給付申請書及給付
22 收據。二、失能診斷書。三、經醫學檢查者，附檢查報告
23 及相關影像圖片。（第2項）保險人審核失能給付，除得
24 依本條例第56條規定指定全民健康保險特約醫院或醫師複
25 檢外，並得通知出具失能診斷書之醫院或診所檢送相關檢
26 查紀錄或診療病歷。」

27 3、失能給付標準

28 (1)第2條第2款：「失能種類如下：……二、神經。」

29 (2)第3條：「前條所定失能種類之狀態、等級、審核基準及
30 開具診斷書醫療機構層級如附表。」

(3)第3條附表失能種類「2神經」；失能項目「2-4」；失能狀態「中樞神經系統機能遺存顯著失能，終身僅能從事輕便工作者」；失能等級「7」；失能審核基準「一、神經失能等級之審定基本原則：須經治療6個月以上，始得認定；如經手術，須最後1次手術後6個月以上，始得認定；併存失智症所致之認知功能失能適用精神失能審核原則認定。審定時，應綜合其全部症狀，對於永久喪失勞動能力與影響日常生活或社會生活活動狀態及需他人扶助之情況定其等級。二、審定時，須由神經科、神經外科或復健科專科醫師診斷開具失能診斷書，但已達植物人狀態，經查證屬實者除外；必要時保險人得另行指定精神科或職業醫學科專科醫師會同認定。……。九、『脊髓失能』等級之審定，依其損傷之程度發現四肢等之運動失能、感覺失能、腸管失能、尿路失能、生殖器失能等，依失能審核一之原則，綜合其症狀選用合適等級。十、『外傷後疼痛症候群』失能等級之審定：外傷後疼痛症候群：外傷後疼痛之特別形態，因四肢或其他神經不完全損傷而生之神經痛，於自然經過仍不消退，由醫學上可予證明者，得依下列標準審定其等級：（一）由於腦神經及脊髓神經之外傷或其他原因之神經痛，依其疼痛發作頻度，疼痛強度與持續時間及疼痛原因之他覺所見，對於疼痛影響勞動能力等判定其等級：例如於輕便勞動以外之勞動，經常有失能程度之疼痛者：適用第7等級。（二）由於外傷引起之神經痛，按前列說明分別按其程度以第7等級、第13等級審定之。十一、『脊神經根及週邊神經功能失能』等級之審定：原則上準用受失能神經支配之身體各部器官之機能失能所定等級，但神經麻痺由於他覺可予證明而無相當等級可資適用時，按第13等級審定之。……。」

（三）原告主張其因系爭事故所受傷害符合失能給付標準第3條附表失能種類2-4之失能等級第7級，尚非無據：

- 01 1、按勞工保險被保險人於保險有效期間遭遇職業傷害，經治
02 療後症狀已固定，再行治療仍不能期待其治療效果，經保
03 險人自設或特約醫院診斷為永久失能，並符合失能給付標
04 準規定發給一次金者，得檢附失能診斷書等書件向保險人
05 申請職業傷害失能給付，此觀勞工保險條例第54條第1項
06 及第54條之1第1項規定即明。而勞工保險事故是否因執行
07 職務所致而屬職業傷害或職業病，甚或其傷病是否已達失
08 能程度，常涉及醫理專業判斷，依勞工保險條例第28條、
09 第56條及同條例施行細則第68條第2項規定，被告於審核
10 保險給付案件時，除以被保險人或受益人檢附之資料、診
11 斷書等書面資料予以審核外，如有必要，尚得調查有關文
12 件、另行指定醫院或醫師複檢、通知出具診斷書之醫院診
13 所檢送相關紀錄或診療病歷，及特約專科醫師提供之專業
14 意見等作為審核依據。準此，行政法院原則上認為行政機
15 關就此等專業性判斷事項享有判斷餘地，然倘其審查程序
16 或其判斷存有出於錯誤之事實認定或不完全之資訊等瑕
17 疵，法院仍得予以撤銷或變更。
- 18 2、查原告以其於108年7月24日公出途中車禍受有第4至6節頸
19 椎椎間盤外傷性破裂合併脊髓損傷之傷害為由，於109年9
20 月3日檢附阮綜合醫院109年8月27日失能診斷書向被告申
21 請勞工保險職業傷害失能給付，經被告依特約審查醫師
22 （A06）意見通知原告前往高雄榮總複檢，再將該院檢送
23 之失能複檢診斷書及檢查報告併送特約審查醫師（A06）
24 審查後作成前處分駁回其申請；前爭議審定則以勞動部特
25 約審查醫師（A03）醫理意見，原告神經傳導肌電圖為正
26 常，不至於雙上肢間以下肌力只有2至3分，建議送醫學中
27 心鑑定後再議為由，撤銷前處分，命被告查明後另為適法
28 之處分等情，有被告特約審查醫師（A06）審查意見（見
29 原處分卷第21頁至第23頁）及勞動部特約審查醫師（A0
30 3）審查意見（見訴願卷第68頁）在卷可稽，足見在前處
31 分爭議階段，各特約審查醫師間對於原告是否符合失能給

01 付標準之疑義而有不同處置方法。被告依前爭議審定於11
02 0年10月8日通知原告前往成大醫院複檢，並函詢高雄榮總
03 關於該院所出具失能複檢診斷書內容疑義後，被告於111
04 年1月26日即以成大醫院逾期迄未見復，乃依既有資料審
05 查，以原告所患經治療後，神經傳導、肌電圖都正常，未
06 達失能給付請領規定，仍作成原處分核定不予給付等情，
07 此觀原處分（見原處分卷第59頁至第60頁）即明，足見被
08 告作成原處分核定不予給付時，實際上未及審酌原告前往
09 成大醫院複檢之結果。嗣因原告不服原處分而申請爭議審
10 議，被告始再次函詢成大醫院複檢結果，成大醫院於111
11 年4月19日以成附醫醫事字第1110007010號函檢附診療資
12 料摘錄表及相關報告予被告（見原處分卷第87頁至第92
13 頁），被告乃送請特約專科醫師（A06）進行第3次審查，
14 其審查意見為：「成大110年10月13日上下肢誘發電位檢
15 查正常，所以並無脊髓受傷問題，而神經傳導、肌電圖都
16 正常，也無脊神經問題，不符失能標準。」（見原處分卷
17 第25頁至第26頁）嗣經勞動部參酌其特約審查醫師（A0
18 3）審查意見：「……依阮綜合醫院失能證明『雙上肢肌
19 力4，雙下肢正常，自力行走起臥正常，終身僅能從事輕
20 便工作』。再依高雄榮總於110年5月14日失能證明『雙肩
21 肌力4、肘腕肌力3-2、雙下肢肌力4，終身僅能從事輕便
22 工作』。申請人頸椎經椎間盤手術，椎間盤置入，雖兩家
23 醫院肌力均顯示受損，但依成大醫院客觀檢查神經傳導肌
24 電圖、上下肢誘發電位檢查均正常，並無脊髓受傷問題，
25 勞保局依其結果不予核付尚為合理。」（見訴願卷第67
26 頁）而駁回原告爭議審定之申請（見原處分卷第95頁至第
27 98頁）。原告不服爭議審定結果，於111年7月7日檢附義
28 大醫院表面肌電圖檢查報告向勞動部提起訴願等情，有其
29 訴願書（見訴願卷第19頁至第24頁）在卷可稽。被告乃將
30 原告所補充資料送請特約審查醫師（A06）審查，其111年
31 7月30日審查意見為：「診斷肌躍症須有電氣生理學檢

01 查，有正向異常波形，而他的運動、感覺誘發電位、神經
02 傳導都正常，有異於一般肌躍症。脊髓受傷可能致此，但
03 為極極微罕見。一般人也偶而肢體突然跳動一下，就是my
04 oclnus，中文譯明肌躍症，而不會造成失能。因為其電氣
05 生理檢查與肌躍症不符，難以認定此疾病，不符失能標
06 準。」（見原處分卷第27頁至第28頁）原告則於111年9月
07 2日再檢送成大醫院病歷含檢查報告、義大醫院診斷證明
08 書、表面肌電圖檢查報告、核磁共振檢查報告、運動誘發
09 電位檢查報告、出院病歷摘要及成大醫院勞動力減損鑑定
10 報告等資料作為訴願補充理由等情，有其訴願補充書狀及
11 附件（見訴願卷第40頁至第62頁）在卷可考。嗣經勞動部
12 以被告參據專科醫師醫理意見、原告之就診病歷及檢查報
13 告等相關資料詳予審查，認定原告所患不符失能給付標準
14 附表規定，其於醫理係有所憑，相關審查程序亦無違法或
15 不當之處為由將其訴願駁回，此觀訴願決定（見原處分卷
16 第125頁至第132頁）即明，足見被告及勞動部駁回原告職
17 業傷害失能給付之申請均係參酌其特約審查醫師意見以原
18 告之神經傳導、肌電圖及上下肢誘發電位檢查均顯示正
19 常，並無脊髓受傷，其運動、感覺誘發電位等檢查報告均
20 屬正常而認定其未達失能給付標準。

- 21 3、被告固辯稱：特約專科醫師均係經衛生福利部審定合格具
22 有專科診療資格之醫師，其依被保險人之失能診斷書、檢
23 查報告及病歷等資料提供審查意見，是依其醫學專業及被
24 保險人實際診療情形而非恣意推斷；全案經被告及勞動部
25 特約專科醫師多次就檢查報告、就診病歷、失能診斷書等
26 資料綜合審查研判，提供醫理見解，咸認原告之神經傳
27 導、肌電圖及上下肢誘發電位檢查均顯示正常，並無脊髓
28 受傷，且原告之運動、感覺誘發電位等檢查報告亦均屬正
29 常，未達失能給付標準，與勞工保險條例第53條、第54條
30 請領規定不符，並非僅以肌電圖、神經傳導檢查論斷原告
31 未達失能給付標準；高雄榮總回函及成大醫院病情鑑定報

告書均無法證明原告符合勞工保險失能給付請領要件，被告以原處分核定不予給付，自屬有據云云。然按勞工保險係國家為實現憲法第153條第1項所定保護勞工、第155條及憲法增修條文第10條第8項所定實施社會保險制度之基本國策而建立之社會保險制度，旨在保障勞工生活安定、促進社會安全。觀諸兩造間前述爭議過程及攻防意旨，被告作成原處分核定原告所請不予給付前，實已因前爭議審定參酌特約專科醫師審查意見建議送醫學中心鑑定後再議而撤銷前處分，命被告查明後另為適法之處分，被告亦於110年10月8日通知原告前往成大醫院複檢，惟被告僅因成大醫院逾期未檢送原告之複檢結果，即於111年1月26日基於既有資料審查認定原告所患經治療後，神經傳導、肌電圖都正常，未達失能給付請領規定；嗣因原告不服原處分而申請爭議審議，被告始再次函詢成大醫院複檢結果，成大醫院即於111年4月19日檢附診療資料摘錄表及相關報告予被告（見原處分卷第87頁至第92頁），足見成大醫院實際上已就原告執行複檢，被告未審酌其複檢結果即依既有資料作成原處分當時之判斷，顯然仍存有前爭議審定所指摘出於不完全資訊之疑義。本院審酌原告於109年9月3日向被告提出系爭職業傷害失能給付之申請時，已檢附阮綜合醫院109年8月27日勞工保險失能診斷書（見原處分卷第3頁至第5頁），後經被告於110年3月30日依前爭議審定意旨通知原告前往高雄榮總複檢後，高雄榮總亦出具110年5月17日勞工保險失能複檢診斷書（見原處分卷第9頁至第11頁），前後2份勞工保險失能診斷書均載明原告失能評估為「第2級：輕度失能，無法執行之前所有活動，但能照料自己的事情不須協助」且經評估後符合「症狀固定，永久失能」，堪認原告主張其因系爭事故所受傷害符合失能給付標準，並非毫無所據，否則豈能輕易取得2家特約醫院所為相同評估結果之失能診斷書。惟被告既迭以原告之神經傳導、肌電圖及上下肢誘發電位檢查結果均顯示正

01 常，難以認定其脊髓確有損傷已達失能給付標準為由而否
02 准原告之申請。本院乃就上開疑義分別函詢曾經實際就原
03 告進行複檢之高雄榮總，以及曾實際就原告進行複檢並於
04 原告相同車禍事故之民事損害賠償事件出具永久性障害及
05 工作能力減損評估報告之成大醫院。高雄榮總就原告病情
06 狀況於113年6月27日函覆稱：「（一）不能僅因『肌電圖
07 及神經傳導檢查正常』之結果，排除脊髓損傷所導致之肌
08 力變差症狀。（二）頸椎損傷是病人病史（長庚就醫記
09 載），不完全損傷是因病人非感覺運動功能完全受損。
10 （三）肌電圖及神經傳導主要檢測周邊神經功能，脊髓損
11 傷可能測得結果正常。」等情，有該院113年6月27日函
12 （見本院卷第267頁）在卷可稽。成大醫院則於113年8月6
13 日發函檢送病情鑑定報告書載稱：「一、上下肢誘發電位
14 檢查結果正常代表從腦部至上肢或下肢之運動與感覺神經
15 傳導路徑，在神經電生理訊號上沒有發現異常，僅能說明
16 目前之客觀檢查結果，無法解釋個案功能性的障礙。而個
17 案於108年7月20日接受之頸部核磁共振檢查發現有第4、
18 5、6節頸椎椎間盤突出合併脊髓壓迫情形，遂於108年8月
19 16日接受第4、5、6節頸椎手術，後續持續有頸部疼痛與
20 上、下肢震顫無力情形，並積極就醫接受復健治療。且依
21 據111年6月7日於義大醫院神經科門診病歷提到表面肌電
22 圖（surface EMG）檢查結果，記錄胸壁與腹部肌肉有肌
23 躍症之表現；臨床上觀察個案在接受身體檢查時，會誘發
24 胸椎周邊肌肉局部震顫，該震顫臥姿較仰躺明顯且合併心
25 率上升，該表現與個案於其他醫療院所之觀察描述相近，
26 且影響個案生活功能。考量事故時序性與臨床表現之一致
27 性，實無法因為檢查結果陰性即完全排除上述診斷。二、
28 上下肢誘發電位檢查，有助於了解腦部至上肢或下肢之運
29 動與感覺神經傳導路徑，是否存有傳導異常；但脊髓性肌
30 躍症（spinal myoclonus）患者，可因位於特定區段脊髓
31 之傳遞神經纖維受損，影響脊髓反射相關動作，而誘發肌

躍症（參考資料1），且部分個案可能僅有臨床症狀，但上、下肢誘發電位檢查表現正常的情形（參考資料2），較具爭議的部分是：若缺乏客觀檢查結果支持，則脊髓性肌躍症也可能被認為是心理因素導致，即部份學者會認為個案肌躍症之軀幹與上肢抖動症狀，未必與外傷或第4、5、6節頸椎椎間突出直接相關。本院『勞動能力減損比例鑑定』乃考量個案事故傷害後與事故相關且持續影響其工作能力之可能綜合診斷，經實地醫療評估與現有之病歷資料評估：個案受傷前並無上下肢抖動無力或身心科之就醫紀錄，傷後受有頸椎椎間突出並接受手術治療，門診評估時個案仍受有頸部疼痛、軀幹與上肢抖動症狀、上下肢無力影響手部功能與步態，與『第4、5、6節頸椎椎間盤突出合併脊髓壓迫與肌躍症』之診斷較相符，據此進行評估並提供鑑定意見供貴院參考。」等情，有該院113年8月6日成附醫秘字第1130017440號函及附件（見本院卷第319頁至第370頁）在卷可憑。依高雄榮總前揭函覆及成大醫院前揭病情鑑定報告書意旨，足見在醫學專業判斷上並不能僅因肌電圖及神經傳導檢查正常之結果，即當然排除脊髓損傷所導致之肌力變差症狀，蓋肌電圖及神經傳導主要檢測周邊神經功能，脊髓損傷仍可能測得其結果正常；上下肢誘發電位檢查結果正常僅表示從腦部至上肢或下肢之運動與感覺神經傳導路徑在神經電生理訊號上未發現異常，尚無法解釋個案功能性之障礙。對照被告曾將高雄榮總110年5月17日勞工保險失能診斷書、檢查報告及先前資料提供予特約審查醫師（A06）審查，其醫理意見為：「複檢神經傳導、肌電圖都正常，而理學檢查反而變無力加重（戲演太過份）；其電氣生理檢查正常，應無無力，不符失能標準。」（見原處分卷第23頁）堪認該特約審查醫師之醫理意見僅以神經傳導、肌電圖與理學檢查之結果出入，即認原告不符失能標準，未能充分說明如何在系爭個案排除前揭高雄榮總及成大醫院函覆所述脊髓損傷所致

01 肌力變差之可能性。且被告在前爭議審定撤銷前處分後曾
02 於110年10月8日函詢高雄榮總關於該院所檢送之失能複檢
03 診斷書內容疑義（見原處分卷第55頁），高雄榮總亦曾以
04 110年10月20日函覆被告：「原告肌力差係因脊髓損傷造
05 成，安排接受肌電圖及神經傳導檢查乃檢測神經根病變，
06 有可能測得結果為正常；其肌力分數係於本院門診就診經
07 理學檢查測得。」（見原處分卷第57頁）更見高雄榮總經
08 實際執行檢查原告後係診斷原告肌力差之原因是脊髓損傷
09 所致。而被告經成大醫院於111年4月19日函送診療資料摘
10 錄表及相關報告（見原處分卷第87頁至第92頁）後，亦送
11 請特約專科醫師（A06）審查，其審查意見為：「成大110
12 年10月13日上下肢誘發電位檢查正常，所以並無脊髓受傷
13 問題，而神經傳導、肌電圖都正常，也無脊神經問題，不
14 符失能標準。」（見原處分卷第25頁至第26頁）足見該審
15 查意見仍僅以上下肢誘發電位檢查正常，即認原告並無脊
16 髓受傷問題，又以神經傳導、肌電圖檢查結果正常，即認
17 原告無脊神經問題而得出其不符失能標準之結論，亦未能
18 充分說明前揭高雄榮總及成大醫院函覆所述上下肢誘發電
19 位檢查僅係了解腦部至上肢或下肢之運動與感覺神經傳導
20 路徑是否存有傳導異常，仍可能因位於特定區段脊髓之傳
21 遞神經纖維受損，影響脊髓反射相關動作而誘發肌躍症，
22 且部分個案可能僅有臨床症狀，但上、下肢誘發電位檢查
23 表現正常的情形。此外，原告於111年間前往義大醫院神
24 經科檢查結果，其診斷為「肌躍症影響包括頸部、軀幹前
25 側胸肌及腹直肌，連帶影響四肢動作，病人症狀引發靜態
26 及動態活動障礙。」其診斷證明並記載：「……電生理檢
27 查結果顯示頸部、軀幹前側胸肌及腹直肌肌躍症，依臨床
28 症狀及電生理檢查結果，可能為上運動元神經疾病所致，
29 所謂上運動神經元神經為中樞神經（腦部及脊髓等）。」
30 等情，有義大醫院111年8月30日診斷證明書（見訴願卷第
31 53頁）在卷可稽。參以被告特約審查醫師在其111年7月30

01 日審查意見就肌躍症之診斷亦曾表示：「診斷肌躍症須有
02 電氣生理學檢查，有正向異常波形，而他的運動、感覺誘
03 發電位、神經傳導都正常，有異於一般肌躍症。脊髓受傷
04 可能致此，但為極極微罕見。……因為其電氣生理檢查與
05 肌躍症不符，難以認定此疾病，不符失能標準。」等審查
06 意見（見原處分卷第27頁至第28頁），足見被告特約審查
07 醫師並不否認確有罕見個案會發生成大醫院函覆所述部分
08 脊髓受傷所致肌躍症僅有臨床症狀，但上、下肢誘發電位
09 檢查表現正常之可能性。本院審酌高雄榮總及成大醫院均
10 曾實際就原告身體狀況進行複檢始分別出具前揭失能複檢
11 診斷書、評估報告及病情鑑定報告書，且成大醫院之病情
12 鑑定報告書更經綜合實地醫療評估與現有病歷資料評估原
13 告此個案病況，並將其判斷依據及所引用醫理參考文獻詳
14 加說明，亦與義大醫院依臨床症狀及電氣生理檢查結果之
15 診斷與高雄榮總函覆之專業意見相符，堪認其醫學專業鑑
16 定意見說理充分且提出明確專業醫學文獻報告作為依據，
17 應較為完備可採。執此對照前揭失能給付標準第3條附表
18 失能種類2-4之失能等級及其審核基準內容。原告主張依
19 前爭議審定、高雄榮總失能診斷書、110年10月20日函、
20 成大醫院職業及環境醫學部永久性障害及工作能力減損評
21 估報告、高雄榮總113年6月27日函及成大醫院病情鑑定報
22 告書，義大醫院及奇美醫院檢查結果，其因頸椎第4至6節
23 椎間盤外傷性破裂併脊髓損傷，造成肌躍症及四肢肌力不
24 到4分，符合失能給付標準第3條附表「失能種類：神經，
25 失能項目：2-4，失能狀態：中樞神經系統機能遺存顯著
26 失能，終身僅能從事輕便工作者，失能等級：7」之失能
27 狀態，尚非無據。被告前揭抗辯，則未能充分考量確有罕
28 見個案仍會發生部分脊髓受傷所致肌躍症僅有臨床症狀，
29 但上、下肢誘發電位檢查表現正常之可能性，而使此種醫
30 學專業上認定歧異之不確定風險全歸由勞工保險之被保險
31 人即原告承擔，難認符合首揭國家建立勞工保險制度本在

01 藉由保險團體分散風險以達成保障勞工生活安定、促進社
02 會安全之意旨，較無可採。

03 (四) 被告應依原告109年9月3日勞工保險職業傷害失能給付之
04 申請，作成准予給付96萬5,778元之行政處分：

05 1、按人民因中央或地方機關對其依法申請之案件，予以駁
06 回，認為其權利或法律上利益受違法損害者，經依訴願程
07 序後，得向行政法院提起請求該機關應為行政處分或應為
08 特定內容之行政處分之訴訟，行政訴訟法第5條第2項定有
09 明文。次按「行政法院對於人民依第5條規定請求應為行
10 政處分或應為特定內容之行政處分之訴訟，應為下列方式
11 之裁判：……三、原告之訴有理由，且案件事證明確者，
12 應判令行政機關作成原告所申請內容之行政處分。」此觀
13 行政訴訟法第200條第3款規定甚明。

14 2、查原告主張其因系爭事故所受前揭傷害符合失能給付標準
15 第3條附表失能種類2-4之失能等級第7級，尚非無據，業
16 如前述。依失能給付標準第5條第1項第7款規定，符合失
17 能給付標準第3條附表所列失能等級第7等級之給付標準為
18 440日；再依勞工保險條例第54條第1項加發職業傷害50%
19 後，共計660日。而原告於109年8月27日經診斷為永久失
20 能之前6個月平均月投保薪資為43,900元等情，有原告投
21 保資料表在卷可稽（見本院卷第69頁至第71頁），堪認其
22 平均日投保薪資為1,463.3元。按其平均日投保薪資計
23 算，被告應給付職業傷害失能給付96萬5,778元【計算
24 式：1,463.3×660=965,778】；被告亦陳明若原告符合前
25 揭失能等級，則依其申請應核付勞工保險職業傷害失能給
26 付96萬5,778元（見本院卷第64頁），足見兩造間僅對原
27 告是否符合失能給付標準第3條附表失能種類2-4之失能等
28 級第7級有所爭執，而對該職業傷害所致該失能等級所應
29 核付金額並無爭執，故堪認本件為判決之基礎已臻明確。
30 從而，被告作成原處分駁回原告109年9月3日勞工保險職
31 業傷害失能給付之申請，難謂適法，應予撤銷；原告訴請

判命被告對於其109年9月3日勞工保險職業傷害失能給付之申請，應作成准予給付96萬5,778元之行政處分，核屬有據，則應准許。

六、綜上所述，原告主張其因系爭事故所受傷害符合失能給付標準第3條附表失能種類2-4之失能等級第7級，尚非無據。被告作成原處分駁回其109年9月3日勞工保險職業傷害失能給付之申請，即非適法；爭議審定、訴願決定未予糾正，亦有未合。從而，原告訴請撤銷訴願決定、爭議審定及原處分，並請求判命被告對於其109年9月3日勞工保險職業傷害失能給付之申請，應作成准予給付96萬5,778元之行政處分，為有理由，應予准許。

七、本件判決基礎已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提證據，核與判決結果不生影響，自無逐一論述必要，附此敘明。

八、結論：原告之訴為有理由。

中 華 民 國 114 年 2 月 14 日

審判長法官 孫 國 禎

法官 林 韋 岑

法官 曾 宏 揚

一、上為正本係照原本作成。

二、如不服本判決，應於送達後20日內，向本院高等行政訴訟庭提出上訴狀，其未表明上訴理由者，應於提出上訴後20日內補提理由書；如於本判決宣示或公告後送達前提起上訴者，應於判決送達後20日內補提上訴理由書（均須按他造人數附繕本）。

三、上訴未表明上訴理由且未於前述20日內補提上訴理由書者，逕以裁定駁回。

四、上訴時應委任律師為訴訟代理人，並提出委任書（行政訴訟法第49條之1第1項第3款）。但符合下列情形者，得例外不委任律師為訴訟代理人（同條第3項、第4項）。

得不委任律師為	所需要件
---------	------

訴訟代理人之情形	
(一)符合右列情形之一者，得不委任律師為訴訟代理人	1. 上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備法官、檢察官、律師資格或為教育部審定合格之大學或獨立學院公法學教授、副教授者。 2. 稅務行政事件，上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備會計師資格者。 3. 專利行政事件，上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備專利師資格或依法得為專利代理人者。
(二)非律師具有右列情形之一，經最高行政法院認為適當者，亦得為上訴審訴訟代理人	1. 上訴人之配偶、三親等內之血親、二親等內之姻親具備律師資格者。 2. 稅務行政事件，具備會計師資格者。 3. 專利行政事件，具備專利師資格或依法得為專利代理人者。 4. 上訴人為公法人、中央或地方機關、公法上之非法人團體時，其所屬專任人員辦理法制、法務、訴願業務或與訴訟事件相關業務者。
是否符合(一)、(二)之情形，而得為強制律師代理之例外，上訴人應於提起上訴或委任時釋明之，並提出(二)所示關係之釋明文書影本及委任書。	

中 華 民 國 114 年 2 月 14 日

書記官 林 幸 怡