

# 勞工保險本人死亡給付申請書及給付收據

受理 編號	號	填表日期	年	月	日	(填表前請詳閱背面說明)						
被保險人	姓名	出生 日期	民國	年	月	日	身分證 統一編號	死亡 日期	民國	年	月	日
	婚姻 狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 無子女 <input type="checkbox"/> 有子女__人					傷害發生日期 (因傷害而致死亡者必填)	民國	年	月	日	
申請人 姓名	出生 日期	民國	年	月	日	身分證 統一編號	電話：( ) 行動電話：					
	通訊 地址	郵遞區號：□□□-□□□	縣	鄉鎮 市區	村里 鄰	路 街	段	巷	弄	號	樓之	室
保 險 事 故	傷病 類別	<input type="checkbox"/> 1 職業傷害 <input type="checkbox"/> 2 職業病 <input type="checkbox"/> 3 普通傷害 <input type="checkbox"/> 4 普通疾病 傷病類別勾選職業傷害或職業病者方須填寫此欄位，如不敷填寫，請以另紙書寫。										
	請敘述被保險人死亡之原因(如因化學物質所致，請敘明化學物質名稱)、經過、發生地點及與執行職務間之具體因果關係(上下班或公出途中發生事故者，請另填具本局印製之「上下班、公出途中發生事故而致傷害陳述書」)	發生地址： <input type="checkbox"/> 同投保單位通訊地址 <input type="checkbox"/> 其他：_____										
申 請 給 付 項 目	一、請領喪葬津貼： <input type="checkbox"/> 喪葬津貼 _____ 個月 _____ 元 (金額如無法核算，可不填寫) (請檢具支出殯葬費之證明文件正本申請，但支出殯葬費之人為當序受領遺屬年金或遺屬津貼者，得以切結書代替)											
	切結書	本人為當序受領遺屬年金或遺屬津貼受益人，確實支出殯葬費用，如有不實，願負法律責任。(須與下方申請人簽名或蓋章相符) 切結人簽名或蓋章：_____ 法定代理人簽名或蓋章：_____ (本人正楷親簽) (本人正楷親簽)										
給 付 方 式 (※請 擇 一 勾 選)	二、請領遺屬年金或遺屬津貼：(經保險人核付後，不得變更，務必慎重考慮擇領給付項目) 【請擇一勾選，如有更改請於更改處簽名或蓋章(須與本申請書簽名或蓋章相符)】 (應備書件請詳閱背面說明二之(二)、(三)規定，金額如無法核算，可不填寫)											
	<input type="checkbox"/> 按月領遺屬年金 _____ 元 (須符合背面說明一之(三)規定) <input type="checkbox"/> 一次領遺屬津貼 _____ 個月 _____ 元 (須符合背面說明一之(二)規定)											
給 付 方 式 (※請 擇 一 勾 選)	1. <input type="checkbox"/> 請將喪葬津貼給付金額匯入 _____ 君帳戶，遺屬津貼(年金)給付金額匯入 _____ 君帳戶受領。 2. <input type="checkbox"/> 請將給付金額平均分別匯入各請領人帳戶。 3. <input type="checkbox"/> 請將喪葬津貼給付金額匯入 _____ 君帳戶，遺屬津貼(年金)給付金額平均分別匯入各請領人帳戶。 4. <input type="checkbox"/> 匯入 _____ 君專戶： <input type="checkbox"/> 請勞保局郵寄「開立專戶函」，申請人再至指定之金融機構開立專戶。 <input type="checkbox"/> 檢附申請人已於土地銀行或郵局開立之勞保/國保/就保/勞退/農退專戶存簿封面影本。 ※申請人因債務問題致帳戶有遭扣押之虞，可申請開立專戶，僅供存入保險給付且存款不會被扣押或強制執行，下列欄位如不敷填寫，請依此格式另紙填寫，存簿封面影本依序黏貼於背面。											
	請領人姓名	匯入郵局存簿帳戶					匯入金融機構存簿帳戶					
	局號：□□□□□□-□□					銀行		總代號：□□□□				
	帳號：□□□□□□-□□					分行		帳號：□□□□□□□□□□□□□□□□				
一、以上各欄均據實填寫且確實選擇上開勾選之申請給付項目，為審核給付需要，同意貴局可逕向衛生福利部中央健康保險署或其他有關機關團體調閱相關資料。如有溢領之保險給付，亦同意貴局可逕依勞工保險條例第 29 條第 4 項規定自本人等得領取之保險給付中扣除繳還。 二、當序受益人已依勞工保險條例第 63 條之 3 規定協議，請依上開「給付方式」所載發給給付。如尚有其他未具名之同一順序受益人時，願負責分與之。												
申請人(受益人)簽名或蓋章：_____ 法定代理人簽名或蓋章：_____ (簽名請由本人正楷親簽) (簽名請由本人正楷親簽)												
投 保 單 位 證 明 欄	上列各項經查明屬實，特此證明。											
	勞工保險證號：_____	單位名稱：_____										
負責人：_____	經辦人：_____											
電話：( ) _____	地址：_____ (單位圖記)											

※申請手續請洽投保單位辦理，免費又方便，無須委由他人代辦，各項欄位請認真填寫，如有偽造、詐欺等不法行為，將移送司法機關辦理，如有疑義請電洽本局(電話：02-23961266 轉 2263)。

※郵寄或送件地址：100232 台北市中正區羅斯福路 1 段 4 號「勞動部勞工保險局」收。

