

# 勞工保險家屬死亡給付申請書及給付收據

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |      |  |             |                  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------|--|-------------|------------------|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|----|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受理<br>編號                                                                                                                                            | 號                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          | 填表日期 |  | 年           | 月                | 日 (填表前請詳閱背面說明)     |   |   |   |   |   |   |   |   |     |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保險人<br>姓名                                                                                                                                          | 李大同                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |      |  | 出生日期        | 民國 54 年 3 月 18 日 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |      |  | 身分證<br>統一編號 | A                | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |     |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 郵遞區號：1 0 0 - 1 3<br>住址：台北市中正區羅斯福路 1 段 4 號<br>(請填寫國內可聯繫地址)<br>電話：(02)23961266 行動電話：0912345678<br>電子郵件：funeral@bli.gov.tw                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |      |  |             |                  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保<br>險<br>事<br>故                                                                                                                                    | 死者姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 林麗麗                      |      |  |             | 死者出生<br>年 月 日    | 民國 56 年 12 月 31 日生 |   |   |   |   |   |   |   |   |     |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                     | 死亡日期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 民國 105 年 6 月 25 日        |      |  |             | 身分證<br>統一編號      | B                  | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3   |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                     | 死者係被保險人之 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 滿 12 歲子 <input type="checkbox"/> 未滿 12 歲女                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |      |  |             |                  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 給付<br>標準                                                                                                                                            | 喪葬津貼 <input checked="" type="checkbox"/> 3 個月 <input type="checkbox"/> 2.5 個月 <input type="checkbox"/> 1.5 個月                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |      |  |             | 申請<br>金額         | (如無法核算，可不必填寫)      |   |   |   |   |   |   |   |   |     |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 給付<br>方式<br>(請<br>勾<br>選<br>一<br>項)                                                                                                                 | . . . . . 請將申請人之存簿封面影本浮貼於此處 . . . . .<br>※一、金融機構(不含郵局)及分支機構名稱請完整填寫，存簿之總代號及帳號，請分別由左至右填寫完整，位數不足者，不需補零。<br>二、郵政存簿儲金局號及帳號(均含檢號)不足七位者，請在左邊補零。<br>三、所檢附金融機構或郵局之存簿封面影本應可清晰辨識，帳戶姓名須與本局加保資料相符，以免無法入帳。                                                                                                                                                                                                          |                          |      |  |             |                  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                     | 1. <input type="checkbox"/> 匯入申請人在金融機構之存簿帳戶：金融機構名稱：_____ 銀行 _____ 分行 _____<br><table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>總代號</td> <td>帳號</td> <td colspan="10">金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> |                          |      |  |             |                  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   | 總代號 | 帳號 | 金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 總代號                                                                                                                                                 | 帳號                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼) |      |  |             |                  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |      |  |             |                  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                     | 2. <input checked="" type="checkbox"/> 匯入申請人在郵局之存簿帳戶局號：5 1 5 2 0 0 - 5 帳號：0 0 0 1 0 1 - 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |      |  |             |                  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 以上各欄均據實填寫，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。另若有溢領之保險給付，同意 貴局可逕自本人得領取之保險給付中扣除繳還。                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |      |  |             |                  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保險人簽名或蓋章：李大同 <span style="border: 1px dashed black; display: inline-block; width: 50px; height: 40px; vertical-align: middle;"></span><br>(本人正楷親簽) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |      |  |             |                  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |    |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※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，各項欄位請嚴實填寫，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：10013 台北市中正區羅斯福路 1 段 4 號「勞動部勞工保險局」收。

## 請領家屬死亡給付（喪葬津貼）說明

### 一、給付項目

被保險人於保險有效期間，其父母、配偶或子女死亡時，得請領喪葬津貼。所稱父母、子女、係指生身父母、養父母、婚生子女（包括依民法規定視為婚生子女者），或已依法收養之養子女而言。

### 二、給付標準

喪葬津貼按其家屬死亡之當月（含）起前 6 個月之被保險人平均月投保薪資，依下列標準發給：

- （一）父母或配偶死亡時，發給 3 個月。
- （二）年滿 12 歲之子女死亡時，發給 2.5 個月。
- （三）未滿 12 歲之子女死亡時，發給 1.5 個月。

### 三、請領手續

（一）請領喪葬津貼時，應提具下列書據證件：

- 1、家屬死亡給付申請書及給付收據。
- 2、死亡證明書、檢察官相驗屍體證明書或死亡宣告判決書。
- 3、載有死亡登記之戶口名簿影本，及被保險人身分證或戶口名簿影本。

※ 已辦理完成死亡登記者，僅需填寫「家屬死亡給付申請書及給付收據」即可。

（二）死者之姓名、出生日期、死亡日期或身分證統一編號，如死亡證明書（或檢察官相驗屍體證明書）與戶籍資料記載不符，應洽請出具單位更正一致。

（三）被保險人為居留於國內之外國人，應檢附居留證、護照或出入境許可證影本。

（四）所檢附之文件為我國政府機關以外製作者，應經下列單位驗證（證明文件如為外文者，須連同中文譯本一併驗證或洽國內公證人認證）：

- 1、於國外製作者，應經我國駐外使領館、代表處或辦事處驗證；其在國內由外國駐臺使領館或授權機構製作者，應經外交部複驗。
- 2、於大陸地區製作者，應經大陸公證處公證及我國海峽交流基金會驗證。
- 3、於香港或澳門製作者，應經我國駐香港或澳門之台北經濟文化辦事處驗證。

### 四、請領期限：

領取家屬死亡給付之請求權，自得請領之日起，因 5 年間不行使而消滅（101 年 12 月 21 日修正施行）。

### 五、附註

（一）有養父母之被保險人不得以其生身父母死亡為由請領家屬死亡給付。

（二）岳父母或翁姑（公公、婆婆）死亡，不得請領其喪葬津貼。

（三）被保險人分娩為死產者，僅得依照規定請領生育給付，不得再請領家屬死亡喪葬津貼。

（四）被保險人死亡，當序遺屬已請領其本人死亡給付（含喪葬津貼 5 個月及遺屬津貼或遺屬年金）時，依勞工保險條例第 22 條規定：「同一種保險給付，不得因同一事故而重複請領。」其他參加勞工保險之家屬不得再以被保險人身分請領家屬死亡喪葬津貼。

（五）父母、配偶或子女同為勞工保險之被保險人者，因同一事故申領家屬死亡喪葬津貼，以 1 人請領為限。

（六）同一保險事故，符合請領條件有 2 人以上時，應協議由其中 1 人代表請領。如未經協議，於勞保局核定前另有他人提出請領，經勞保局通知各申請人限 30 日內協議，由其中 1 人代表請領，仍未能協議者，以其中核計之最高給付金額，平均發給各申請人。勞保局依規定發給家屬死亡喪葬津貼後，尚有未具名之其他符合請領條件者，應由具領之申請人負責分與之。

（七）申請書上之申請人地址，請詳填實際可收到給付通知之地址。