

# 勞工保險本人死亡給付申請書及給付收據

|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                                |        |    |                          |                                                                |              |  |  |  |  |                                       |  |  |  |                                                                              |                 |    |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------|----|--------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------|--|--|--|--|---------------------------------------|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----|---|---|---|
| 受理號碼                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚     |                                |        | 子女 |                          | <input type="checkbox"/> 無子女 <input type="checkbox"/> 有子女____人 |              |  |  |  |  |                                       |  |  |  |                                                                              |                 |    |   |   |   |
| 申請人                                                                                                                                                                                                                                                                                | 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 出生日期                                                                                    | 民國                             | 年      | 月  | 日                        | 身分證統一編號                                                        |              |  |  |  |  |                                       |  |  |  |                                                                              | 電話：( )<br>行動電話： |    |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 通訊地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 郵遞區號：□□□-□□□<br>縣 鄉鎮 村里 路 街 段 巷 弄 號 樓之 室<br>市 市區 鄰                                      |                                |        |    |                          |                                                                |              |  |  |  |  |                                       |  |  |  | 前述地址為：(請勾選)<br><input type="checkbox"/> 戶籍地址<br><input type="checkbox"/> 現住址 |                 |    |   |   |   |
| 傷病類別                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 普通傷害(3) <input type="checkbox"/> 普通疾病(4)                       |                                | 傷害發生日期 |    | 民國 年 月 日<br>(因傷害而致死亡者必填) |                                                                |              |  |  |  |  |                                       |  |  |  |                                                                              |                 |    |   |   |   |
| 申請給付項目                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>一、請領喪葬津貼：</b><br><input type="checkbox"/> 喪葬津貼____個月____元(金額如無法核算，可不填寫)<br><b>(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)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                         |                                |        |    |                          |                                                                |              |  |  |  |  |                                       |  |  |  |                                                                              |                 |    |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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)<br>切結人簽名或蓋章：_____<br>(本人正楷親簽) |                                |        |    |                          |                                                                |              |  |  |  |  |                                       |  |  |  |                                                                              |                 |    |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 法定代理人簽名或蓋章：_____<br>(本人正楷親簽)                                                            |                                |        |    |                          |                                                                |              |  |  |  |  |                                       |  |  |  |                                                                              |                 |    |   |   |   |
| <b>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)</b><br><b>【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)】</b><br>(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)<br><input type="checkbox"/> 按月領遺屬年金____元(須符合背面說明一之(三)規定)<br><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。<br>2. <input type="checkbox"/> 請將給付金額平均分別匯入各請領人帳戶。<br>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。<br>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。<br><input type="checkbox"/> 檢附申請人已於土地銀行或郵局開立之勞保/職保/國保/就保/勞退/農退專戶存簿封面影本。<br><b>※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。</b> |                                                                                         |                                |        |    |                          |                                                                |              |  |  |  |  |                                       |  |  |  |                                                                              |                 |    |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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：□□□□□□-□□<br>帳號：□□□□□□□□-□□ |        |    |                          |                                                                |              |  |  |  |  | 銀行 總代號：□□□□<br>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。<br>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。<br>申請人(受益人)簽名或蓋章：_____<br>(簽名請由本人正楷親簽) 法定代理人簽名或蓋章：_____<br>(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。<br>勞工保險證號： 02003038W 單位名稱：臺北市勞動力服務人員職業工會<br>負責人：_____<br>經辦人：_____<br>電話：(02) 2707-7727 地址：臺北市大安區新生南路一段 155 號 5 樓<br>(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：100232 台北市中正區羅斯福路 1 段 4 號「勞動部勞工保險局」收。

**當序受益人共\_\_\_\_人  
資料填寫如下**

1. 當序受益人應全部填報，如不敷填寫，請依下列格式自行影印另紙填寫。
2. 如受益人係未成年人或無行為能力人，應填報法定代理人身分資料並副署簽名或蓋章。
3. 受領遺屬津貼及遺屬年金之順序：(1) 配偶及子女 (2) 父母 (3) 祖父母 (4) 受被保險人扶養之孫子女 (5) 受被保險人扶養之兄弟、姊妹。

|                         |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                      |                                                       |          |                                                       |      |                                                        |   |           |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |         |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------|---|-----------|-------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---------|
| 配偶                      | 姓名                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      | 出生日期                                                  | 民國 年 月 日 | 身分證統一編號                                               |      |                                                        |   |           |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |         |
|                         | 通訊地址                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 同申請人之通訊地址<br>郵遞區號：□□□-□□□□<br>縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓之 室<br>電話：( )<br>行動電話：<br>前述地址為：(請勾選)<br><input type="checkbox"/> 戶籍地址<br><input type="checkbox"/> 現住址 |                                                       |          |                                                       |      |                                                        |   |           |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 申請遺屬年金必填                |                                                                                                                                                                                      | 結婚日期                                                                                                                                                                                 | 民國 年 月 日                                              | 受監護宣告    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 每月工入 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， | 元 | 領有身心障礙以上冊 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 其他受益人資料填寫欄 (非當序受益人請勿填寫) |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                      |                                                       |          |                                                       |      |                                                        |   |           |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 姓名                      |                                                                                                                                                                                      | 出生日期                                                                                                                                                                                 | 民國 年 月 日                                              | 身分證統一編號  |                                                       |      |                                                        |   |           |                                                       |  |  |  |  |  |  |  | 與被保險人關係 |
| 法定代理人姓名                 |                                                                                                                                                                                      | 出生日期                                                                                                                                                                                 | 民國 年 月 日                                              | 身分證統一編號  |                                                       |      |                                                        |   |           |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 通訊地址                    | <input type="checkbox"/> 同申請人之通訊地址<br>郵遞區號：□□□-□□□□<br>縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓之 室<br>電話：( )<br>行動電話：<br>前述地址為：(請勾選)<br><input type="checkbox"/> 戶籍地址<br><input type="checkbox"/> 現住址 |                                                                                                                                                                                      |                                                       |          |                                                       |      |                                                        |   |           |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 申請遺屬年金必填                |                                                                                                                                                                                      | 受監護宣告                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 有無在學     | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 每月工入 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， | 元 | 領有身心障礙以上冊 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 姓名                      |                                                                                                                                                                                      | 出生日期                                                                                                                                                                                 | 民國 年 月 日                                              | 身分證統一編號  |                                                       |      |                                                        |   |           |                                                       |  |  |  |  |  |  |  | 與被保險人關係 |
| 法定代理人姓名                 |                                                                                                                                                                                      | 出生日期                                                                                                                                                                                 | 民國 年 月 日                                              | 身分證統一編號  |                                                       |      |                                                        |   |           |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 通訊地址                    | <input type="checkbox"/> 同申請人之通訊地址<br>郵遞區號：□□□-□□□□<br>縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓之 室<br>電話：( )<br>行動電話：<br>前述地址為：(請勾選)<br><input type="checkbox"/> 戶籍地址<br><input type="checkbox"/> 現住址 |                                                                                                                                                                                      |                                                       |          |                                                       |      |                                                        |   |           |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 申請遺屬年金必填                |                                                                                                                                                                                      | 受監護宣告                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 有無在學     | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 每月工入 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， | 元 | 領有身心障礙以上冊 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 姓名                      |                                                                                                                                                                                      | 出生日期                                                                                                                                                                                 | 民國 年 月 日                                              | 身分證統一編號  |                                                       |      |                                                        |   |           |                                                       |  |  |  |  |  |  |  | 與被保險人關係 |
| 法定代理人姓名                 |                                                                                                                                                                                      | 出生日期                                                                                                                                                                                 | 民國 年 月 日                                              | 身分證統一編號  |                                                       |      |                                                        |   |           |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 通訊地址                    | <input type="checkbox"/> 同申請人之通訊地址<br>郵遞區號：□□□-□□□□<br>縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓之 室<br>電話：( )<br>行動電話：<br>前述地址為：(請勾選)<br><input type="checkbox"/> 戶籍地址<br><input type="checkbox"/> 現住址 |                                                                                                                                                                                      |                                                       |          |                                                       |      |                                                        |   |           |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |         |
| 申請遺屬年金必填                |                                                                                                                                                                                      | 受監護宣告                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 有無在學     | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 每月工入 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， | 元 | 領有身心障礙以上冊 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |  |  |  |  |  |  |  |         |

如須分別匯入各申請人帳戶，請依序黏貼存簿封面影本  
(可覆蓋於說明之上)

## 請領本人死亡給付說明

### 一、死亡給付項目、請領資格及給付標準

#### (一) 喪葬津貼：

1. 被保險人在保險有效期間死亡時，由支出殯葬費之人，按被保險人死亡之當月（含）起前6個月之平均月投保薪資，請領喪葬津貼5個月。
2. 被保險人在保險有效期間死亡，其遺屬不符合請領遺屬年金給付或遺屬津貼條件，或無遺屬者，由支出殯葬費之人按被保險人死亡之當月（含）起前6個月之平均月投保薪資請領10個月喪葬津貼。

#### (二) 遺屬津貼：

1. 請領資格：被保險人於98年1月1日前有保險年資者，在保險有效期間死亡，遺有配偶、子女及父母、祖父母或受被保險人生前扶養之孫子女或受其扶養之兄弟、姊妹者，得選擇一次請領遺屬津貼。
2. 給付標準：
  - (1) 保險年資合計未滿1年者，按其死亡之當月（含）起前6個月之平均月投保薪資，1次發給10個月遺屬津貼。
  - (2) 保險年資合計已滿1年而未滿2年者，按其死亡之當月（含）起前6個月之平均月投保薪資，1次發給20個月遺屬津貼。
  - (3) 保險年資合計已滿2年者，按其死亡之當月（含）起前6個月之平均月投保薪資，1次發給30個月遺屬津貼。
3. 受領遺屬津貼之順序如下：
  - (1) 配偶及子女
  - (2) 父母
  - (3) 祖父母
  - (4) 受被保險人生前扶養之孫子女
  - (5) 受被保險人生前扶養之兄弟、姊妹。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），或已依法收養並辦妥戶籍登記滿6個月之養子女而言。養子女不得請領生身父母之遺屬津貼。

#### (三) 遺屬年金：

1. 請領資格：
  - (1) 被保險人在保險有效期間死亡者。
  - (2) 被保險人退保，於領取失能年金給付或老年年金給付期間死亡者。
  - (3) 保險年資滿15年，並符合勞工保險條例第58條第2項各款所定請領老年給付資格，於未領取老年給付前死亡者。
2. 遺屬順序：
  - (1) 配偶及子女
  - (2) 父母
  - (3) 祖父母
  - (4) 受被保險人生前扶養之孫子女
  - (5) 受被保險人生前扶養之兄弟、姊妹。有前順序受益人存在時，後順序之遺屬不得請領。惟第一順序受益人（配偶及子女）如有下列情形之一時，第二順序受益人（父母）得請領遺屬年金給付：
  - (1) 全部不符合請領條件。
  - (2) 在請領遺屬年金給付期間死亡。
  - (3) 行蹤不明或於國外。
  - (4) 提出放棄請領書。
  - (5) 於符合請領條件起一年內未提出請領者。如第一順序之遺屬主張請領或再符合請領條件時，即停止發給，並由第一順序之遺屬請領；但已發放予第二順位遺屬之年金不得請求返還，第一順序之遺屬亦不予補發。
3. 請領條件：
  - (1) 配偶：符合下列情形之一。
    - ① 年滿55歲，且婚姻關係存續一年以上。
    - ② 年滿45歲且婚姻關係存續一年以上，且每月工作收入未超過投保薪資分級表第一級。
    - ③ 無謀生能力。
    - ④ 扶養下述(2)項之子女。
  - (2) 子女（養子女須有收養關係六個月以上）：符合下列情形之一。
    - ① 未成年。
    - ② 無謀生能力。
    - ③ 25歲以下，在學，且每月工作收入未超過投保薪資分級表第一級者。
  - (3) 父母及祖父母：年滿55歲，且每月工作收入未超過投保薪資分級表第一級者。
  - (4) 孫子女：受被保險人扶養，且符合前述(2)項子女條件之一者。
  - (5) 兄弟姊妹：受被保險人扶養，且符合下列條件之一。
    - ① 未成年。
    - ② 無謀生能力。
    - ③ 年滿55歲，且每月工作收入未超過投保薪資分級表第一級者。

#### 4. 給付標準

- (1) 被保險人在保險有效期間死亡者：依被保險人之保險年資合計每滿一年，按其最高60個月平均月投保薪資之1.55%計算。
- (2) 被保險人退保，於領取失能年金給付或老年年金給付期間死亡，或保險年資滿15年，並符合勞工保險條例第58條第2項各款所定請領老年給付資格，於未領取老年給付前死亡者：依失能年金或老年年金給付標準計算後金額之半數發給。
- (3) 前述計算後之給付金額不足新臺幣3,000元者，按新臺幣3,000元發給。
- (4) 遺屬加計：同一順序遺屬有2人以上時，每多1人加發25%，最多加計50%。
5. 領取遺屬年金給付者，有下列情形之一時，其年金給付應停止發給：
  - (1) 不符合上述3.規定之遺屬年金請領條件。
  - (2) 配偶再婚。
  - (3) 入獄服刑、因案羈押或拘禁。
  - (4) 失蹤。
  - (5) 受益人同時請領勞保失能年金或老年年金時。

## 二、請領手續

(一) 申請**喪葬津貼**應提具下列書據證件：

1. 勞工保險本人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. 載有被保險人死亡日期之全戶戶籍謄本及於死者死亡日期之後申請之請領人現住址戶籍謄本。(記事請勿省略)
4. 支出殯葬費之證明文件正本。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。

(二) 申請**遺屬津貼**應提具下列書據證件：

1. 勞工保險本人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. 載有被保險人死亡日期之全戶戶籍謄本，受益人為養子女時，應載有收養及登記日期；受益人與死者非同一戶籍者應同時提出各該戶籍謄本。(記事請勿省略)
4. 受益人為孫子女或兄弟、姊妹者，應檢附受被保險人扶養之相關證明文件。

(三) 申請**遺屬年金**應提具下列書據證件：

1. 勞工保險本人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. 載有被保險人死亡日期之全戶戶籍謄本。受益人為配偶時，應載有結婚日期；受益人為養子女時，應載有收養及登記日期。受益人與死者非同一戶籍者，應同時提出各該戶籍謄本。(記事請勿省略)
4. 其他證明文件如下：

(1) (養)子女或孫子女年滿 20 歲，25 歲以下且為在學者：應檢附在學證明或學費收據，並應於每年 9 月底前，重新檢具相關證明送勞保局查核，經查核符合條件者，遺屬年金繼續發給至翌年 8 月底止。

(2) 以「無謀生能力」資格申請者：檢附重度以上身心障礙手冊或證明，或受監護宣告之證明文件。

(3) 以「受被保險人扶養」申請者(孫子女或兄弟姊妹)：應檢附受被保險人扶養事實之相關文件。

(四) 申請人為未成年人或無行為能力人，檢具之給付申請書及給付收據，應由法定代理人副署簽名或蓋章，並檢附法定代理人之戶籍謄本。(記事請勿省略)

(五) 遺屬未於國內設有戶籍者，應檢附身分及相關證明文件，請領遺屬年金者應每年重新檢送勞保局查核。

(六) 請領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，應加註與正本相符並加蓋投保單位大小章或申請人簽章。

(七) 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(足資辨識之死亡證明書及親屬關係證明英文文件得免附中文譯本)：

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。(如有疑義請逕向該部領事事務局洽詢，電話:02-23432888)
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。

## 三、請領期限

領取喪葬津貼及遺屬津貼之請求權，自得請領之日起，因 5 年間不行使而消滅。遺屬年金受益人未於符合請領條件之當月提出申請，其提出請領之日起前 5 年得領取之給付，由勞保局依法追溯補給。但已經其他受益人請領之部分，不適用之。

## 四、附註

(一) 民法第 1088 條第 2 項規定，父母對於未成年子女之特有財產，有使用、收益之權。但非為子女之利益，不得處分之。故法定代理人不得為未成年人放棄本保險給付之權利。

(二) 第 1094 條第 1 項規定，父母均不能行使、負擔對於未成年子女之權利義務或父母死亡而無遺囑指定監護人，或遺囑指定之監護人拒絕就職時，依下列順序定其監護人：1. 與未成年人同居之祖父母 2. 與未成年人同居之兄姊 3. 不與未成年人同居之祖父母。

(三) 戶籍法第 11 條規定：對於無行為能力人或限制行為能力人，依法設置、選定、改定、酌定、指定或委託監護人者，應為監護登記。

(四) 申請人欲以匯至國外金融機構方式領取給付時，須自行負擔國外匯費(匯費以各國內匯款金融機構收費標準為依據)，並自得領取之給付金額中扣除。

(五) 被保險人在保險有效期間死亡，且符合一次請領老年給付條件者，當受益人勾選「喪葬津貼及遺屬津貼」給付項目時，本局將逕以較優之金額發給；被保險人退保，於領取失能年金給付或老年年金給付期間死亡，或保險年資滿 15 年，並符合勞工保險條例第 58 條第 2 項各款所定請領老年給付資格，於未領取老年給付前死亡者，當序遺屬擇領或改領遺屬年金時，得免經投保單位蓋章。

(六) 『無謀生能力』係指：

1. 符合法定重度以上身心障礙資格領有身心障礙手冊或證明，且未實際從事工作或未參加國民年金以外之相關社會保險者。
2. 受監護宣告，尚未撤銷。

(七) 如因債務問題致帳戶有遭扣押之虞，無法提供一般金融機構帳戶者，可依勞工保險條例第 29 條規定向勞保局申請於金融機構開立專戶，存入之保險給付將不得作為抵銷、扣押、供擔保或強制執行之標的。

(八) 外籍人士無身分證號者，請填寫護照或居留證號。