

# ใบสมัครและใบเสร็จสวัสดิการกรณีเสียชีวิตประกันแรงงาน

หมายเลข  ที่  เดือน  ปีค.ศ.  ( กรุณาอ่านรายละเอียดด้านหลังก่อนกรอกข้อมูล )

ผู้ถือประกัน	ชื่อ	วันเกิด	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.	เลขประชาชน	วันเสียชีวิต	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.
	สถานภาพ	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> ไม่มีบุตร <input type="checkbox"/> มีบุตร _____ คน					วันที่บาดเจ็บ (จำเป็นสำหรับการเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ)		วันที่	เดือน
ชื่อผู้สมัคร		วันเกิด	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.	เลขประชาชน	โทรศัพท์ : ( ) มือถือ :			

ที่อยู่ติดต่อ เลขโทรหมาย : □□□-□□□□  
มณฑล เขตเมือง หมู่บ้าน ถนน คอน ซอย เลขที่ ชั้น  
ที่อยู่ : (โปรดเลือก)  
 ภูมิลำเนา  
  ที่อยู่ปัจจุบัน

ประเภท	<input type="checkbox"/> 1 การบาดเจ็บจากการทำงาน <input type="checkbox"/> 2 โรคจากการทำงาน <input type="checkbox"/> 3 ความเสียหายปกติ <input type="checkbox"/> 4 โรคทั่วไป			
	ประเภทการบาดเจ็บ เฉพาะผู้เลือกการบาดเจ็บจากการทำงานหรือโรคจากการทำงาน จะต้องกรอกข้อมูลในช่องนี้ หากยังไม่พอ โปรดเขียนในใบแยกต่างหาก			
ประเภทการบาดเจ็บ	โปรดระบุสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ถือประกันด้วย(หากเกิดจากสารเคมีโปรดระบุชื่อสารเคมี) กระบวนการ สถานที่เกิดและความสัมพันธ์เชิงสาเหตุเฉพาะระหว่างผู้เอาประกันกับกรอกข้อมูลลงในช่อง " คำชี้แจงการบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุระหว่างทางไป-กลับจากที่ทำงานหรือในที่สาธารณะ" จัดพิมพ์โดยสำนัก		ที่เกิดเหตุ : <input type="checkbox"/> ที่อยู่ติดต่อกับหน่วยงานผู้เอาประกัน <input type="checkbox"/> อื่นๆ : _____	ที่เกิดเหตุ มณฑล (เมือง)

ขอรับเงินช่วยเหลือศพ :  
 เงินช่วยเหลือศพ \_\_\_\_\_ เดือน SNT (หากคำนวณไม่ได้ให้เว้นว่างไว้)  
(ดูเงื่อนไขสมัครฉบับสำหรับหลักฐานการชำระค่าจ้างศพ แต่ผู้ชำระค่าจ้างศพเป็นผู้รับเงินบำนาญผู้รอดชีวิตหรือเงินช่วยเหลือศพตามลำดับและสามารถใช้ใบรับรองการพิมพ์ได้)  
เงินเป็นผลประโยชน์ของเงินรายปีของผู้รอดชีวิตหรือเงินช่วยเหลือของผู้รอดชีวิตตามลำดับ และเงินได้จ่ายค่าจ้างงานแล้วหากเป็นเท็จ เงินคืนที่จะรับผิดชอบทางกฎหมาย (ต้องตรงกับลายเซ็นหรือตราประทับของผู้สมัครด้านล่าง)  
ลายเซ็นหรือตราประทับของฝ่ายที่แตกแยก : \_\_\_\_\_ ลายเซ็นหรือตราประทับของตัวแทนกฎหมาย : \_\_\_\_\_  
(ส่วนหัวลงนามโดยนักในบล็อกตัวอักษร) (ลงนามโดยตนเอง)

ใบรับเงินบำนาญผู้รอดชีวิตหรือเงินช่วยเหลือผู้รอดชีวิต : (หลังจากตรวจสอบโดยผู้ประกันตนแล้วไม่สามรถเปลี่ยนแปลงได้และต้องพิจารณาการชดเชยค่าธรรมเนียมอย่างรอบคอบ)  
【โปรดเลือกหนึ่งรายการเพื่อชำระค่าธรรมเนียมการเปลี่ยนแปลงไปลงนามหรือประทับตราการเปลี่ยนแปลง(ต้องสอดคล้องกับลายเซ็นหรือตราประทับของแอปพลิเคชันนี้)】  
(โปรดอ่านข้อกำหนด(2)และ(3)ของกรมศุลกากร 2 ด้านหลังเอกสารที่กำกับเอกสารคำนวณไม่ได้ให้เว้นว่างไว้)  
 บัญชีเงินบำนาญผู้รอดชีวิตคือ SNT \_\_\_\_\_ (ต้องเป็นไปตามข้อกำหนด(3)ของคำอธิบายด้านหลัง)  
 บัญชีผู้รอดชีวิตคือ \_\_\_\_\_ เดือน SNT \_\_\_\_\_ (ต้องเป็นไปตามข้อกำหนดข้อ 1(2)ของคำอธิบายด้านหลัง)

วิธีการชำระเงิน (โปรดอ่านข้อกำหนด)	1. <input type="checkbox"/> กรุณาโอนเงินค่าสงเคราะห์งานศพที่มีบัญชี _____ โอนเงินค่าเบี้ยเลี้ยง (รายปี) จำนวนเงินที่ชำระ _____		
	2. <input type="checkbox"/> กรุณาโอนเงินจำนวนเท่าๆ กันไปยังบัญชีผู้อ้างสิทธิ์แต่ละบัญชี		
3. <input type="checkbox"/> กรุณาโอนเงินค่าสงเคราะห์งานศพที่มีบัญชี _____ เงินช่วยเหลือผู้รอดชีวิต (รายปี) จำนวนเงินที่ชำระจะถูกส่งไปยังบัญชีของผู้อ้างสิทธิ์แต่ละรายโดยเฉลี่ย			
4. <input type="checkbox"/> โอนบัญชี _____ : <input type="checkbox"/> กรุณาส่ง "จดหมายเปิดบัญชีพิเศษ" จากสำนักงานประกันแรงงาน จากนั้นผู้สมัครจะไปที่สถาบันการเงินที่กำหนดเพื่อเปิดบัญชีพิเศษ <input type="checkbox"/>			
แนบสำเนาหน้าปกสมุดบัญชีเงินฝากพิเศษสำหรับประกันแรงงาน/ประกันการจ้างงาน/ประกันชาติ/ประกันการดูแลสุขภาพ/เกษียณอายุแรงงาน/เกษียณอายุงานเกษียณที่ผู้สมัครเปิดที่ธนาคารที่ดินหรือที่ทำการไปรษณีย์			
※ ผู้สมัครอาจยื่นขอเปิดบัญชีพิเศษได้เนื่องจากปัญหาหนี้สินและบัญชีอาจถูกกักขังไว้ได้เฉพาะการฝากเงินประกันและเงินฝากจะไม่ถูกกักขังหรือบังคับ กรอกและวางสำเนาสมุดปกบนกลับมาเรียบร้อยแล้ว			
กรุณานำชื่อบุคคล	โอนเงินเข้าบัญชีสมุดไปรษณีย์	โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากสถาบันการเงิน	
	สำนักเลขที่ : □□□□□□ - □□ เลขบัญชี : □□□□□□□□ - □□□□□□□□	ธนาคาร สาขา _____	รหัสทั่วไป : □□□□□□ เลขที่บัญชี : □□□□□□□□□□□□□□

๑. ลอดัชนีทั้งหมดข้างต้นถูกกรอกตามข้อเท็จจริงและคุณได้เลือกใบสมัครการชำระเงินดังกล่าวแล้วจริง \_\_\_\_\_ ๗  
เพื่อตรวจสอบความถูกต้องการชำระเงินเป็นข้อตกลงกันว่าสำนักของผู้ออกใบสมัครกรอกข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากสำนักงานบริหารการประกันสุขภาพกลางของ \_\_\_\_\_ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง  
ในกรณีที่จ่ายผลประโยชน์ประกันกรณีที่มีคลงให้สำนักงานหักและชำระผลประโยชน์การประกันตนเองรับได้เองตามมาตรา 29 วรรค 4 แห่งระเบียบการประกันภัยแรงงาน  
๒. ผู้รับผลประโยชน์คนปัจจุบันได้ทำข้อตกลงตามมาตรา 63-3 ของระเบียบการประกันแรงงาน โปรดชำระผลประโยชน์ตาม "วิธีการชำระเงิน" ด้านบน หากมีผู้รับผลประโยชน์อื่นที่ไม่ระบุชื่อในลำดับเดียวกัน  
เงินคืนที่จะรับผิดชอบพวกเขา \_\_\_\_\_  
ผู้สมัคร(ผู้รับผลประโยชน์)ลายเซ็นหรือตราประทับ : \_\_\_\_\_ ลายเซ็นหรือตราประทับของตัวแทนกฎหมาย : \_\_\_\_\_  
(กรุณาเซ็นด้วยตัวบรรจง) (กรุณาเซ็นด้วยตัวบรรจง)

กรมประกันแรงงาน	ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง
	หมายเลขบัตรประกันแรงงาน : _____ ชื่อ บริษัท : _____
	ผู้รับผิดชอบ : _____ ผู้ดำเนินการ : _____
	โทรศัพท์ : ( ) _____ ที่อยู่ : _____ (แผนภูมิหน่วย)

✘ ชั้นตอนการสมัครรวมาคัดค่อนหน่วยผู้ประกันภัย ไม่มีค่าใช้จ่าย สะดวก ไม่ต้องมอบหมายให้ผู้ดำเนินการ ควบคุมตรวจสอบและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง : 02-23961266 ต่อ 2263

✘ ที่อยู่ทางไปรษณีย์หรือจัดส่ง: "สำนักประกันแรงงาน กระทรวงแรงงาน" เลขที่ 4 ส่วนที่ 1 ถนนสุวาคดี เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 100232

**ผู้รับผลประโยชน์ปัจจุบัน \_\_\_\_\_ คน**  
**กรอกข้อมูลดังนี้**

1. ผู้รับผลประโยชน์ปัจจุบันควรกรอกแบบฟอร์มให้ครบทุกรูปแบบ หากแบบฟอร์มไม่พอ กรุณาถ่ายสำเนาและกรอกแบบฟอร์มตามรูปแบบต่อไปนี้
2. หากผู้รับผลประโยชน์เป็นผู้เยาว์หรือคนไร้ความสามารถ ข้อมูลประจำตัวของตัวแทนทางกฎหมายควรกรอกและลงนามพร้อมลายเซ็นหรือตราประทับ
3. คำสั่งรับเงินช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและเงินบำนาญบ้านของผู้รอดชีวิต: (1) คู่สมรสและบุตร (2) พ่อแม่ (3) ปู่ย่าตายาย (4)

หลานที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้ปกครอง (5) พี่น้องที่ผู้ปกครองได้รับสนับสนุนจากผู้ปกครอง

คู่สมรส	ชื่อนามสกุล	วันเกิด	วันที่	เดือน	ปี	เลขประจำตัวประชาชน															
	ที่อยู่ติดต่อ	<input type="checkbox"/> พร้อมที่อยู่ทางไปรษณีย์ของผู้สมัคร เลขโทรหมาย : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>										โทรศัพท์ : ( )	ที่อยู่ : (โปรดเลือก)								
ผู้สมัครจำเป็นต้องเขียน	วันสมรส	วันที่	เดือน	ปี	ภายใต้การปกครอง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เงินเดือนต่อเดือน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี \$NT _____	มีมากกว่ารุนแรง										ผู้มีความพิการทางร่างกายและจิตใจ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	
	กรอกข้อมูลผู้รับผลประโยชน์อื่นๆ (โปรดอย่ากรอกหากคุณไม่ใช่ผู้รับผลประโยชน์ตามคำสั่ง)																				
ชื่อนามสกุล	วันเกิด	วันที่	เดือน	ปี	เลขประจำตัวประชาชน															ความสัมพันธ์	
ชื่อตัวแทนทางกฎหมาย	วันเกิด	วันที่	เดือน	ปี	เลขประจำตัวประชาชน																
ที่อยู่ติดต่อ	<input type="checkbox"/> พร้อมที่อยู่ทางไปรษณีย์ของผู้สมัคร เลขโทรหมาย : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>										โทรศัพท์ : ( )	ที่อยู่ : (โปรดเลือก)									
	มณฑล	เขตเมือง	หมู่บ้าน	ถนน	คอน	ซอย	เลขที่	ชั้น													
ผู้สมัครจำเป็นต้องเขียน	ภายใต้การปกครอง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เรียนอยู่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เรียน	เงินเดือนทำงาน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี \$NT _____ 元	มีมากกว่ารุนแรง										ผู้มีความพิการทางร่างกายและจิตใจ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี			
	ชื่อนามสกุล	วันเกิด	วันที่	เดือน	ปี	เลขประจำตัวประชาชน															ความสัมพันธ์
ชื่อตัวแทนทางกฎหมาย	วันเกิด	วันที่	เดือน	ปี	เลขประจำตัวประชาชน																
ที่อยู่ติดต่อ	<input type="checkbox"/> พร้อมที่อยู่ทางไปรษณีย์ของผู้สมัคร เลขโทรหมาย : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>										โทรศัพท์ : ( )	ที่อยู่ : (โปรดเลือก)									
	มณฑล	เขตเมือง	หมู่บ้าน	ถนน	คอน	ซอย	เลขที่	ชั้น													
ผู้สมัครจำเป็นต้องเขียน	ภายใต้การปกครอง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เรียนอยู่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เรียน	เงินเดือนทำงาน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี \$NT _____ 元	มีมากกว่ารุนแรง										ผู้มีความพิการทางร่างกายและจิตใจ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี			
	ชื่อนามสกุล	วันเกิด	วันที่	เดือน	ปี	เลขประจำตัวประชาชน															ความสัมพันธ์
ชื่อตัวแทนทางกฎหมาย	วันเกิด	วันที่	เดือน	ปี	เลขประจำตัวประชาชน																
ที่อยู่ติดต่อ	<input type="checkbox"/> พร้อมที่อยู่ทางไปรษณีย์ของผู้สมัคร เลขโทรหมาย : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>										โทรศัพท์ : ( )	ที่อยู่ : (โปรดเลือก)									
	มณฑล	เขตเมือง	หมู่บ้าน	ถนน	คอน	ซอย	เลขที่	ชั้น													
ผู้สมัครจำเป็นต้องเขียน	ภายใต้การปกครอง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เรียนอยู่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เรียน	เงินเดือนทำงาน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี \$NT _____ 元	มีมากกว่ารุนแรง										ผู้มีความพิการทางร่างกายและจิตใจ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี			

กฎหมายสำนักงานสมุดเงินฝากของผู้สมัครด้านล่าง

หาก คุณ ต้องการ โอน ไป ยัง บัญชี ของ ผู้สมัคร แต่ละ ราย แยกกัน โปรดวางสำเนาสมุดปกตามลำดับ (สามารถซื้อฉบับบนคำอธิบาย)

ขอใบแจ้งยอดผู้เสียชีวิต

๑.รายการผลประโยชน์กรณีเสียชีวิต คุณสมบัติการเรียกร้องสิทธิ์และมาตรฐานผลประโยชน์

(๑.) เงินช่วยเหลืองานศพ :

- เมื่อผู้เอาประกันเสียชีวิตในระหว่างระยะเวลาประกันที่มีผลใช้บังคับ ผู้ชำระเงินค่าทำศพจะต้องจ่ายเงินเดือนผู้เอาประกันที่เสียชีวิตต่อเดือนเป็นเวลา 6 เดือนก่อนเดือน (รวม) ของการเสียชีวิตของผู้เอาประกันที่ขอรับเงินช่วยเหลืองานศพ 5 เดือน
- หากผู้เอาประกันเสียชีวิตระหว่างระยะเวลาประกันที่มีผลบังคับ และผู้รอดชีวิตไม่ผ่านเกณฑ์การขอรับเงินบำนาญของผู้รอดชีวิตหรือเงินช่วยเหลือผู้รอดชีวิต หรือหากไม่มีผู้รอดชีวิต ให้ผู้ชำระค่าจ้างงานศพตาม เดือน (รวม) ของการเสียชีวิตของผู้เอาประกันภายใน 6 เดือนแรก เงินเดือนผู้เอาประกันที่เสียชีวิตต่อเดือนขึ้นอยู่กับเงินช่วยเหลืองานศพ 10 เดือน

(๒.) เงินช่วยเหลือผู้รอดชีวิต :

- คุณสมบัติ : หากผู้เอาประกันที่มีประกันอายุต่ำกว่า 1 มกราคม พ.ศ. 2541 เสียชีวิตในช่วงระยะเวลาประกันที่มีผลบังคับและเหลือคู่สมรส บุตร บิดมารดา ปู่ย่าตายาย หลาน หรือพี่น้องที่ผู้เอาประกันยกอุปการะ พี่สาว น้องสาว สามารถเลือกเคลมได้ เงินช่วยเหลือผู้รอดชีวิตหนึ่งครั้ง
- เกณฑ์ :
  - บาดเจ็บทั่วไปเสียชีวิต :
    - หากระยะเวลาประกันรวมน้อยกว่า 1 ปี เงินช่วยเหลือผู้รอดชีวิต 10 เดือนจะจ่ายในคราวเดียวตามเงินเดือนผู้เอาประกันที่เสียชีวิตต่อเดือนในช่วง 6 เดือนก่อนเดือนที่เสียชีวิต (รวม)
    - หากอายุประกันทั้งหมดมากกว่า 1 ปีแต่ไม่ถึง 2 ปี เงินช่วยเหลือผู้รอดชีวิต 20 เดือนจะจ่ายครั้งเดียวตามเงินเดือนผู้เอาประกันที่เสียชีวิตต่อเดือนในช่วง 6 เดือนก่อนเดือนที่เสียชีวิต (รวมแล้ว)
    - สำหรับผู้ที่ได้รับประกันเป็นเวลา 2 ปีรวม เงินช่วยเหลือผู้รอดชีวิต 30 เดือนจะจ่ายครั้งเดียวตามเงินเดือนผู้เอาประกันที่เสียชีวิตต่อเดือนในช่วง 6 เดือนก่อนเดือนที่เสียชีวิต (รวม)
  - ( 2 ) การเสียชีวิตเนื่องจากการบาดเจ็บจากการทำงานหรือโรคจากการทำงาน: โดยไม่คำนึงถึงปีประกันกัน เงินช่วยเหลือผู้รอดชีวิต 40 เดือนจะได้รับตามเงินเดือนผู้เอาประกันที่เสียชีวิตต่อเดือนในช่วง 6 เดือนก่อนเดือนที่เสียชีวิต (รวม)

3. ลำดับการรับเงินช่วยเหลือผู้รอดชีวิต มีดังนี้ :

- (1) คู่สมรสและบุตร (2) พ่อแม่ (3) ปู่ย่าตายาย (4) หลาน (5) พี่น้องซึ่งได้รับการสนับสนุนจากผู้เอาประกันที่ตลอดอายุขัย คำว่า "บิดามารดา" และ "บุตร" หมายถึงบิดามารดาโดยกำเนิด บิดามารดาบุญธรรม เด็กที่เกิดในสมรส (รวมถึงผู้ที่ถือว่าเป็นบุตรที่เกิดในสมรสตามกฎหมายแพ่ง) หรือบุตรบุญธรรมที่รับเป็นบุตรบุญธรรมตามกฎหมาย และได้ต่อทะเบียนบ้านครบ 6 เดือนแล้ว บุตรบุญธรรมจะไม่ได้รับอนุญาตให้เรียกร้องเงินช่วยเหลือของผู้รอดชีวิตจากบิดามารดาโดยธรรมชาติ ◦

(๓.) บำเหน็จบำนาญผู้รอดชีวิต :

- คุณสมบัติ :
  - (1) ผู้เอาประกันที่เสียชีวิตขณะประกันที่มีผลใช้บังคับ
  - (2) ผู้เอาประกันที่ยอมมอบกรรมสิทธิ์และเสียชีวิตในระหว่างที่ได้รับเงินบำนาญทุพพลภาพหรือเงินบำนาญชราภาพ
  - ( 3 ) ผู้ประกันตนมาแล้ว 15 ปี และมีคุณสมบัติครบถ้วนในการขอรับเงินบำเหน็จชราภาพตามที่กำหนดไว้ในอนุวรรค 2 มาตรา 58 แห่งระเบียบการประกันภัยแรงงาน และเสียชีวิตก่อนได้รับผลประโยชน์ชราภาพ
- ลำดับผู้รอดชีวิต (1) คู่สมรสและบุตร (2) บิดามารดา (3) ปู่ย่าตายาย (4) หลานที่ผู้เอาประกันยกอุปการะเลี้ยงดู (5) พี่น้องที่ผู้เอาประกันยกอุปการะเลี้ยงดูก่อนเสียชีวิต เมื่อมีผู้รับผลประโยชน์ในคำสั่งเดิม ผู้รอดชีวิตจากคำสั่งหลังจะสมัครไม่ได้ อย่างไรก็ตาม หากผู้รับผลประโยชน์ลำดับที่หนึ่ง (คู่สมรสและบุตร) มีสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ผู้รับผลประโยชน์ลำดับที่สอง (ผู้ปกครอง) อาจขอเงินบำนาญของผู้รอดชีวิต: (1) ทั้งหมดไม่ตรงตามข้อกำหนดสำหรับการเรียกร้อง (2) เสียชีวิตในระหว่างรับเงินบำนาญของผู้รอดชีวิต (3) ไม่ทราบที่อยู่หรือในต่างประเทศ (4) การยื่นคำขอซ้อนกัน (5) ผู้ที่ไม่ได้ยื่นคำร้องภายในหนึ่งปีหลังจากผ่านเกณฑ์การสมัคร หากสมาชิกในครอบครัวที่รอดตายในลำดับแรกจะยื่นคำร้อง ผู้รอดชีวิตจะไม่ได้รับการออกใหม่

3. เงื่อนไข :

- (1) คู่สมรส: หนึ่งในเงื่อนไขต่อไปนี้
  - อายุไม่ต่ำกว่า 55 ปี และแต่งงานมานานกว่าหนึ่งปี
  - อายุไม่ต่ำกว่า 45 ปี และแต่งงานมาแล้วเกิน 1 ปี และมีรายได้จากการทำงานต่อเดือนไม่เกินระดับเงินเดือนประกันชั้น 1
  - ไม่สามารถหาเลี้ยงชีพได้
  - เลี้ยงลูกดังต่อไปนี้ (2).
- (2) เด็ก (ต้องรับบุตรบุญธรรมมาเกินหกเดือน): เป็นไปตามเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
  - ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
  - ไม่สามารถหาเลี้ยงชีพได้
  - ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปีที่อยู่ในโรงเรียนและมีรายได้จากการทำงานต่อเดือนไม่เกินระดับแรกๆของเงินเดือนประกัน
- (3) พ่อแม่และปู่ย่าตายาย: อายุ 55 ปีขึ้นไป และมีรายได้จากการทำงานต่อเดือนไม่เกินระดับแรกๆของเงินเดือนที่เอาประกันกัน
- (4) หลาน: ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้เอาประกันและปฏิบัติตามเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่งสำหรับเด็กใน (2) ข้างต้น
- (5) พี่น้อง: ขึ้นอยู่กับผู้เอาประกันและปฏิบัติตามเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
  - ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
  - ไม่สามารถหาเลี้ยงชีพได้
  - อายุไม่ต่ำกว่า 55 ปี และมีรายได้การทำงานต่อเดือนไม่เกินระดับเงินเดือนที่ 1 ของผู้เอาประกันกัน

4. มาตรฐานการชำระเงิน

- (1) กรณีผู้เอาประกันเสียชีวิตระหว่างระยะเวลาเอาประกัน 1. 55% ของเงินเดือนผู้เอาประกันที่เสียชีวิตต่อเดือน สูงสุด 60 เดือน ในแต่ละปีเต็มของปีที่เอาประกันทั้งหมดของผู้เอาประกัน
- (2) ผู้เอาประกันที่ถอนตัวจากกรรมสิทธิ์เสียชีวิตในระหว่างรับเงินบำนาญทุพพลภาพหรือบำนาญชราภาพ หรือมีประกัน 15 ปี และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามสิทธิประโยชน์ชราภาพตามมาตรา 58 วรรค 2 แห่งการประกันภัยแรงงาน ระเบียบ บุคคลที่เสียชีวิตก่อนชำระเงิน: ครั้งหนึ่งขอจำนวนเงินที่คำนวณตามเงินบำนาญทุพพลภาพหรือมาตรฐานการจ่ายบำนาญชราภาพ
- (3) หากจำนวนเงินที่ชำระหลังจากการคำนวณข้างต้นน้อยกว่า NT\$3,000 จะจ่ายเป็น NT\$3,000
- (4) ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิต นอกเหนือจากเงินบำนาญแล้ว จะมีการออกค่าชดเชยการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการทำงานเพิ่มเติม 10 เดือน
- (5) โบนัสครอบครัวที่รอดตาย: เมื่อมีผู้รอดชีวิตมากกว่า 2 คนในลำดับเดียวกัน จะมีการจ่ายเพิ่มอีก 25% สำหรับบุคคลที่เพิ่มแต่ละคน สูงสุดไม่เกิน 50%

5. สำหรับผู้ที่ได้รับเงินบำนาญของผู้รอดชีวิต ในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ ผลประโยชน์บำนาญของผู้รอดชีวิตจะถูกยกเลิก :

- ( 1 ) ผู้ที่ไม่ผ่านเงื่อนไขการรับเงินบำนาญผู้รอดชีวิตตามข้อ 3 ข้างต้น (2) คู่สมรสแต่งงานใหม่ (3) การรับโทษจำคุก ถูกคุมขังหรือคุมขังเป็นคดี (4) หายไป (5)

เมื่อผู้รับผลประโยชน์ขอรับเงินบำนาญผู้พลิกภาพการประกันแรงงานหรือเงินบำนาญชราภาพพร้อมกัน

๒. กรุณาทำตามขั้นตอน

(๑.) ในการขอรับเงินช่วยเหลืองานศพ ให้แสดงเอกสารดังต่อไปนี้ :

- 1. แบบฟอร์มคำขอเงินช่วยเหลือกรณีเสียชีวิตและใบเสร็จรับเงิน
2. ใบมรณะบัตร ใบชันสูตรพลิกศพของพนักงานอัยการ หรือคำพิพากษาใบมรณะบัตร
3. สำเนาทะเบียนบ้านของทั้งครอบครัวพร้อมวันที่ผู้อุปถัมภ์เสียชีวิต และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ที่ผู้จ้างงานของผู้สมัคร หากยื่นคำขอหลังจากที่ผู้ตายเสียชีวิต (กรุณาอย่าละเว้นหมายเหตุ)
4. เอกสารต้นฉบับรับรองการชำระค่าใช้จ่ายงานศพ อย่างไรก็ตาม หากผู้ชำระค่าใช้จ่ายงานศพต้องได้รับเงินบำนาญของผู้รอดชีวิตหรือเงินช่วยเหลือผู้รอดชีวิตตามลำดับ อาจใช้จดหมายปิดงานแทนได้

(๒.) ผู้สมัครขอรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวที่รอดตายควรแสดงเอกสารหลักฐานดังต่อไปนี้ :

- 1. แบบฟอร์มคำขอเงินช่วยเหลือกรณีเสียชีวิตและใบเสร็จรับเงิน
2. ใบมรณะบัตร ใบชันสูตรอัยการ หรือคำพิพากษาใบมรณะบัตร
3. สำเนาทะเบียนบ้านทั้งหมดที่มีวันตายของผู้อุปถัมภ์กันย เมื่อผู้รับผลประโยชน์เป็นบุตรบุญธรรม ให้รวมวันที่รับบุตรบุญธรรมและจดทะเบียนไว้ด้วย

หากผู้รับประโยชน์และผู้ตายไม่อยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกัน แต่ครอบครัวอื่น สำเนาทะเบียนให้ยื่นพร้อมกัน (กรุณาอย่าละเว้นหมายเหตุ)

4. หากผู้รับผลประโยชน์เป็นหลานหรือพี่ชายหรือน้องสาว ให้แนบเอกสารประกอบที่เกี่ยวข้องของผู้อุปถัมภ์มาด้วย

(๓.) ผู้สมัครขอรับเงินบำนาญของผู้รอดชีวิตควรยื่นเอกสารดังต่อไปนี้ :

- 1. แบบฟอร์มใบสมัครประกันแรงงานเสียชีวิตและใบเสร็จรับเงิน
2. ใบมรณะบัตร ใบชันสูตรพลิกศพของพนักงานอัยการ หรือคำพิพากษาใบมรณะบัตร
3. สำเนาทะเบียนบ้านทั้งหมดพร้อมวันที่ผู้อุปถัมภ์เสียชีวิต หากผู้รับผลประโยชน์คู่สมรส ให้ระบุวันที่สมรส หากผู้รับผลประโยชน์เป็นบุตรบุญธรรม ให้ระบุวันที่รับบุตรบุญธรรมและจดทะเบียนไว้ด้วย หากผู้รับผลประโยชน์และผู้ตายไม่ได้อยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกัน ควรส่งสำเนาทะเบียนบ้านแต่ละฉบับพร้อมกัน (กรุณาอย่าละเว้นหมายเหตุ)
4. เอกสารประกอบอื่นๆ มีดังนี้ :

( 1 ) (บุตรบุญธรรม) บุตรหรือหลานที่อายุเกิน 20 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 25 ปี และยังเป็นนักวิชาการ : ควรแนบหนังสือรับรองการเข้าเรียนหรือใบเสร็จรับเงินค่าเล่าเรียน และควรตรวจสอบใบรับรองที่เกี่ยวข้องอีกครั้งก่อนยื่นคืนกันขานของทุกปี แล้วส่ง ให้สำนักงานประกันแรงงานตรวจสอบ ผู้ที่เข้าเงื่อนไข จะยังคงจ่ายเงินบำนาญของผู้รอดชีวิตต่อไปจนถึงสิ้นเดือนสิงหาคมของปีถัดไป

( 2 ) ผู้สมัครที่มีคุณสมบัติเป็น "ไม่สามารถหาเลี้ยงชีพได้": แนบคู่มือหรือหนังสือรับรองความทุพพลภาพขั้นรุนแรงขึ้นไป หรือหนังสือรับรองการเป็นผู้ปกครอง

( 3 ) ผู้สมัครที่ "ได้รับการสนับสนุนจากผู้อุปถัมภ์กันย" (หลานหรือพี่น้อง): ควรแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องของการได้รับการสนับสนุนจากผู้อุปถัมภ์กันย

(๔.) หากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้เยาว์หรือทุพพลภาพ คำขอรับเงินและใบเสร็จการชำระเงินที่ขึ้นมานั้นจะต้องลงนามรับรองหรือประทับตราโดยตัวแทนทางกฎหมาย และให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของตัวแทนทางกฎหมายด้วย (กรุณาอย่าละเว้นหมายเหตุ)

(๕.) ผู้รอดชีวิตที่ไม่มีทะเบียนบ้านในจีนควรยื่นบัตรประจำตัวและเอกสารประกอบที่เกี่ยวข้อง ผู้ยื่นขอเงินรายปีของผู้รอดชีวิตควรตรวจสอบสำนักงานประกันแรงงานใหม่ทุกปี

(๖.) ผู้สมัครเป็นชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศ และควรแนบสำเนาใบอนุญาตมีถิ่นที่อยู่ หนังสือเดินทาง หรือใบอนุญาตเข้า-ออก

(๗.) เอกสารที่แนบมานี้จัดทำขึ้นโดยหน่วยงานนอกภาครัฐของประเทศเรา และควรตรวจสอบโดยหน่วยงานต่อไปนี้ หากเอกสารประกอบเป็นภาษาต่างประเทศจะต้องตรวจสอบพร้อมกับคำแปลภาษาเงินหรือรับรองโดยทนายความในประเทศ (ใบมรณะบัตร) ด้วยบัตรประจำตัวที่เพียงพอและความสัมพันธ์ในครอบครัว ไม่จำเป็นต้องแปลภาษาเงินเพื่อรับรองเอกสารเป็นภาษาอังกฤษ):

- 1. สินค้าที่ผลิตในต่างประเทศควรได้รับการตรวจสอบโดยสถานทูต สถานกงสุล สำนักงานตัวแทนหรือสำนักงานในต่างประเทศของจีน ที่ผลิตในประเทศจีน โดยสถานทูตและสถานกงสุลต่างประเทศในไต้หวันหรือสถาบันที่ได้รับอนุญาตควรได้รับการตรวจสอบอีกครั้งโดยกระทรวงการต่างประเทศ (หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อสำนักงานกงสุล กระทรวง โทร. 02-23432888)
2. ผู้ผลิตในพื้นที่แผ่นดินใหญ่ควรได้รับการรับรองจากสำนักงานรับรองเอกสารแผ่นดินใหญ่ และตรวจสอบโดยมูลนิธิแลกเปลี่ยนช่องแคบประเทศของจีน
3. ผู้ผลิตในฮ่องกงหรือมาเก๊าควรได้รับการตรวจสอบโดยสำนักงานเศรษฐกิจและวัฒนธรรมไทเปของประเทศของจีนในฮ่องกงหรือมาเก๊า

๓. วันกำหนดส่ง

สิทธิเรียกร้องเงินช่วยเหลืองานศพและเงินช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจะสิ้นสุดลงหากไม่ใช้สิทธิภายใน 5 ปีนับแต่วันที่เรียกร้อง

ผู้รับผลประโยชน์รายปีของครอบครัวที่รอดชีวิตไม่สามารถยื่นคำร้องในเดือนที่ตรงตามข้อกำหนดของการสมัคร ได้โปรด ผลประโยชน์ที่สามารถรับได้ 5 ปีก่อนวันที่ยื่นคำร้องจะถูกเติมเต็มย้อนหลัง โดยสำนักประกันแรงงานตามกฎหมาย อย่างไรก็ตาม ส่วนที่อ้างสิทธิ์แล้วโดยผู้รับผลประโยชน์อื่นไม่มีผลบังคับใช้

๔. หมายเหตุ

(๑.) วรรค 2 ของมาตรา 1088 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งระบุว่าผู้ปกครองมีสิทธิที่จะใช้และได้รับประโยชน์จากทรัพย์สินเฉพาะของบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ แต่จะไม่รับโทษเว้นแต่จะเป็นประโยชน์ต่อเด็ก ดังนั้นตัวแทนทางกฎหมายจะไม่สละสิทธิ์ในการชำระค่าประกันนี้ให้กับผู้เยาว์

(๒.) วรรค 1 ของมาตรา 1094 กำหนดว่าเมื่อบิดามารดาไม่สามารถใช้หรือรับสิทธิและหน้าที่ของบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะได้ หรือบิดามารดาเสียชีวิตโดยปราศจากพินัยกรรมแต่งตั้งผู้ปกครอง หรือผู้ปกครองที่ได้รับการแต่งตั้งในพินัยกรรมปฏิเสธที่จะรับตำแหน่ง ให้แต่งตั้งผู้ปกครองใน ตามลำดับดังนี้ 1. บุตรชายที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้เยาว์ 2. พี่น้องที่อาศัยอยู่กับผู้เยาว์ 3. บุตรชายที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้เยาว์

(๓.) มาตรา 11 ของกฎหมายการทะเบียนราษฎรกำหนดว่า สำหรับผู้ที่ไม่มีความสามารถทางกฎหมายหรือบุคคลที่มีความสามารถทางกฎหมายจำกัด ผู้ที่จัดตั้ง เลือก แก่ไข คัดสินใจ แต่งตั้ง หรือมอบหมายให้ผู้ปกครองตามกฎหมายต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปกครอง

(๔.) หากผู้ยื่นคำขอต้องการรับเงินโดยการโอนเงินเข้าสถาบันการเงินต่างประเทศ จะต้องชำระค่าธรรมเนียมการแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศด้วยตนเอง (ค่าธรรมเนียมการโอนเงินเป็นไปตามมาตรฐานการเรียกเก็บของสถาบันการเงินการโอนเงินในประเทศ) และหักออกจาก จำนวนเงินที่สามารถชำระได้

(๕.) หากผู้อุปถัมภ์กันยเสียชีวิตระหว่างระยะเวลาที่ประกันมีผลบังคับและตรงตามเงื่อนไขการสมัครขอรับเงินบำนาญชราภาพเพียงครั้งเดียว เมื่อผู้รับผลประโยชน์เลือกรายการผลประโยชน์ "เงินช่วยเหลืองานศพและเงินช่วยเหลือผู้รอดชีวิต" ทางสำนักงานจะจ่ายเงินส่วนนี้ให้โดยตรงดีกว่า ; การประกันกันยที่เสียชีวิตในระหว่างรับเงินบำนาญผู้พลิกภาพหรือบำนาญชราภาพหรืออายุประกันถึง 15 ปีและมีคุณสมบัติในการรับบำนาญชราภาพตามมาตรา 58 วรรค 2 แห่งระเบียบการประกันกันยแรงงานและเสียชีวิต ก่อนได้รับผลประโยชน์ชราภาพ เมื่อครอบครัวที่รอดตายเลือกรับหรือเปลี่ยนแปลงเพื่อรับเงินบำนาญของตระกูลที่รอดตาย อาจไม่ถูกหน่วยผู้อุปถัมภ์กันยประทับตรา

(๖.) "ไร้ความสามารถ" หมายความว่า 1. ผู้ที่มีคุณสมบัติตามกฎหมายสำหรับความทุพพลภาพทางร่างกายและจิตใจขั้นรุนแรงหรือสูงกว่า ได้รับคู่มือหรือใบรับรองความพิการทางร่างกายและจิตใจ และไม่ได้ทำงานจริงหรือไม่ได้เข้าร่วมในประกันสังคมที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจากบำนาญชราภาพแห่งชาติ 2. การประกาศความเป็นผู้ปกครองยังไม่ถูกยกเลิก

(๗.) หากบัญชีมีแนวโน้มว่าจะถูกกักตุนเนื่องจากปัญหาหนี้สินและไม่สามารถจัดทำบัญชีในสถาบันการเงินทั่วไปได้ ให้ยื่นคำร้องต่อสำนักงานประกันแรงงานเพื่อเปิดบัญชีพิเศษในสถาบันการเงินตามมาตรา 29

แห่งการประกันแรงงาน บทบัญญัติและผลประโยชน์การประกันที่ฝากไว้จะไม่ถูกนำมาใช้เป็นเรื่องของการขาย การยึด หลักประกัน หรือการบังคับ  
(๘.) สำหรับชาวต่างชาติที่ไม่มีหมายเลขประจำตัวประชาชน โปรดกรอกหมายเลขหนังสือเดินทางหรือใบอนุญาตมีถิ่นที่อยู่