

勞工保險
勞工職業災害保險

失能給付差額申請書及給付收據

受理號碼 號 填表日期 年 月 日 (填表前請詳閱背面注意事項)

被保險人 (出生日期: 年 月 日, 身分證號/居留證或護照號碼:) 於請領勞保失能年金給付(職保完全失能或嚴重失能年金)期間死亡, 遺有同一順序受益人 共 人, 經各受益人同意, 依勞工保險條例第63條之1第2項(勞工職業災害保險及保護法第50條第2項)規定, 選擇「一次請領失能給付, 扣除已領年金給付總額之差額」, 請貴局將給付金額, 依下述指定方式匯入具領人帳戶。如有於被保險人死亡後匯入其帳戶之年金給付, 由具領人承領。另尚有未具名之其他同一順序受益人主張其應領權利時, 由各具領人負責分與之, 與貴局無關。若有溢領之保險給付(補助), 亦同意貴局可逕自具領人得領取之保險給付中扣除繳還。

※ 請擇一勾選具領方式, 並檢附具領人存簿封面影本浮貼於背面:

- 請將應領給付金額匯入 帳戶。
- 請將應領給付金額平均分別匯入各具領人帳戶。

具領人姓名	金額	匯入郵局存簿帳戶	匯入金融機構存簿帳戶
		局號: <input type="text"/> - <input type="text"/> 帳號: <input type="text"/> - <input type="text"/>	總代號: <input type="text"/> 帳號: <input type="text"/>
		局號: <input type="text"/> - <input type="text"/> 帳號: <input type="text"/> - <input type="text"/>	總代號: <input type="text"/> 帳號: <input type="text"/>
		局號: <input type="text"/> - <input type="text"/> 帳號: <input type="text"/> - <input type="text"/>	總代號: <input type="text"/> 帳號: <input type="text"/>
		局號: <input type="text"/> - <input type="text"/> 帳號: <input type="text"/> - <input type="text"/>	總代號: <input type="text"/> 帳號: <input type="text"/>

此致 勞動部勞工保險局

受益人: 簽名或蓋章: 法定代理人: 簽名或蓋章:
 郵遞區號: - 聯絡電話: ()
 通訊地址:

受益人: 簽名或蓋章: 法定代理人: 簽名或蓋章:
 郵遞區號: - 聯絡電話: ()
 通訊地址:

受益人: 簽名或蓋章: 法定代理人: 簽名或蓋章:
 郵遞區號: - 聯絡電話: ()
 通訊地址:

受益人: 簽名或蓋章: 法定代理人: 簽名或蓋章:
 郵遞區號: - 聯絡電話: ()
 通訊地址:

※ 如受益人人數超過4人, 致本表不敷使用時, 請依此格式另紙填寫一併檢送。 111.03

……請將「具領人存簿封面影本」浮貼於此處……

※如須分別匯入各自帳戶請依序浮貼「具領人存簿封面影本」

※注意事項：

- 一、被保險人於 98 年 1 月 1 日前已有勞工保險年資者，於請領勞保失能年金給付(職保完全失能或嚴重失能年金)期間死亡遺有受益人者，受益人得選擇請領「遺屬年金給付」或「一次請領失能給付，扣除已領年金給付總額之差額」。請審慎決定後再行選擇，於選擇並經勞保局核付後，不得再變更。
- 二、選擇「一次請領失能給付，扣除已領年金給付總額之差額」者應檢附下列書件：
 - (一) 勞工保險(勞工職業災害保險)失能給付差額申請書及給付收據。
 - (二) 死亡證明書、檢察官相驗屍體證明書或死亡宣告判定書。
 - (三) 載有被保險人死亡日期之全戶戶籍謄本及各受益人於被保險人死亡日期之後申請之現住址戶籍謄本(被保險人與受益人同戶籍者 1 份即可，受益人如為養子女時，並需載有收養及登記日期)。
 - (四) 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、前頁表格各欄於填寫完整後由各受益人簽名或蓋章，如受益人未成年或受監護宣告，應由法定代理人副署簽名或蓋章。
- 四、各項資料請覈實填寫，如有疑義請電洽 02-23961266 轉 2250；或親向勞動部勞工保險局總局或各地辦事處洽詢。
- 五、郵寄或送件地址：100232 臺北市中正區羅斯福路 1 段 4 號「勞動部勞工保險局」收。