

勞工保險退保後職業性間皮細胞瘤死亡慰問金申請書及給付收據

受理號碼：			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												
	婚姻	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚		發病日期				民國 年 月 日								
	子女	<input type="checkbox"/> 無子女 <input type="checkbox"/> 有子女__人		死亡日期				民國 年 月 日								
★當序受領人共__人，申請人資料如不敷填寫，請依下列格式另紙填寫。																
申請人姓名	出生日期		民國 年 月 日	身分證統一編號												
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	郵遞區號：□□□-□□□ 電話：（ ） 行動電話：												前述地址為：（請勾選）			
	縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓	之	室	<input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 現住址				
保險事故	於保險有效期間從事有害作業名稱及工作內容：				職業病	診斷醫療機構名稱										
						診斷職業病名稱										
						診斷日期										
給付方式（請擇一勾選）	浮貼申請人金融機構存簿封面影本處															
	1. <input type="checkbox"/> 請將慰問金金額匯入__君帳戶受領。															
	2. <input type="checkbox"/> 請將慰問金金額平均分別匯入各請領人帳戶。															
※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：□□□□□-□ 帳號：□□□□□-□				__銀行__分行				總代號：□□□ 帳號：□□□□□□□□□□□□□□					
			局號：□□□□□-□ 帳號：□□□□□-□				__銀行__分行				總代號：□□□ 帳號：□□□□□□□□□□□□□□					
一、以上各欄均據實填寫，為審核慰問金需要，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。 二、經當序受領人協議，請依上開「給付方式」所載發給慰問金。如尚有其他未具名之同一順序受益人時，願負責分與之。 三、如有溢領或誤領之慰問金，得自本人領取之保險給付、津貼及補助扣減繳還。																
申請人簽名或蓋章：____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)																

★申請退保後職業性間皮細胞瘤死亡慰問金，無須透過投保單位申請，亦無需委由他人代辦，各項欄位請覈實填寫，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)2396-1266 轉 2263】。  
★郵寄或送件地址：100232 台北市中正區羅斯福路一段4號「勞動部勞工保險局」收。

# 請領勞工保險退保後職業性間皮細胞瘤死亡慰問金說明：

## 一、請領資格：

曾從事石綿工作之勞工保險被保險人，於離職退保後診斷罹患職業性間皮細胞瘤，並於勞工職業災害保險及保護法（以下簡稱災保法）施行前5年內（106年5月1日起至111年4月30日止）因該職業病死亡，且未曾因同一職業病領取勞工保險條例所定失能或死亡給付，遺有配偶、子女、父母、祖父母、孫子女或兄弟、姊妹者。

## 二、慰問金發放標準：

新臺幣20萬元，以發給一次為限。

## 三、應備書件：

1. 勞工保險退保後職業性間皮細胞瘤死亡慰問金申請書及給付收據。
2. 死亡證明書或檢察官相驗屍體證明書。
3. 載有死亡日期之全戶戶籍謄本，遺屬為養子女時，應載有收養及登記日期；遺屬與死者非同一戶籍者，應同時提出各該戶籍謄本。
4. 經災保法第73條第1項認可醫療機構之職業醫學科專科醫師出具職業病診斷書，或由符合下列條件之一者出具職業病診斷書：(1)中央衛生主管機關醫院評鑑優等以上醫院之專科醫師。(2)中央衛生主管機關醫院評鑑合格醫學中心或區域醫院之專科醫師。(3)中央衛生主管機關醫院評鑑及教學醫院評鑑合格醫院之專科醫師。(4)全民健康保險特約醫院或診所經中央衛生主管機關甄審合格之職業醫學科專科醫師。  
★被保險人於澎湖縣、金門縣、連江縣及其他離島地區就醫者，職業病診斷書得由原應診之全民健康保險特約醫院或診所之醫師出具。
5. 勞工職業災害保險職業病職歷報告書。
6. 具領人之金融機構存摺封面影本。

## 四、請領期限：

112年6月26日起至117年6月25日止。

## 五、注意事項：

1. 遺屬請領順序：(1)配偶及子女(2)父母(3)祖父母(4)孫子女(5)兄弟、姊妹。  
★有前順序受益人存在時，後順序之遺屬不得請領。
2. 請領慰問金同一順序遺屬有二人以上時，應共同具領。保險人依規定發給遺屬慰問金後，尚有未具名之其他當序遺屬時，應由具領之遺屬負責分與之。
3. 申請人為未成年人或無行為能力人，檢具之慰問金申請書，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。