

# 未加保勞工職業災害死亡補助申請書及補助收據



填表前請詳閱背面說明，手機掃描右方 QR code 可參考範例

受理號碼：		填表日期 111 年 12 月 1 日			
職業災害勞工	姓名	林大樹			
	出生日期	民國 59 年 5 月 5 日			
	身分證統一編號	A 1 2 3 4 5 6 7 8 9			
婚姻	<input type="checkbox"/> 未婚 <input checked="" type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚		死亡日期	民國 111 年 5 月 12 日	
子女	<input type="checkbox"/> 無子女 <input checked="" type="checkbox"/> 有子女 2 人		傷害發生日期		民國 111 年 5 月 2 日
(因傷害而致死亡者必填)					
申請人姓名	曾美美	出生日期	民國 60 年 3 月 2 日	身分證統一編號	B 2 2 3 4 5 6 7 8 9
法定代理人姓名		出生日期	民國 年 月 日	身分證統一編號	
當序受益人共 3 人，如不敷填寫，請填寫背面「當序受益人資料表」。					
通訊地址	郵遞區號：231-111 電話：(02) 23961266 行動電話：0999-123456 新北 縣 新店 鄉鎮市 村里 新新 路 段 3 巷 弄 5 號 3 樓之 室 前述地址為：(請勾選) <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input checked="" type="checkbox"/> 現住址				
申請項目事故說明	傷病類別： <input checked="" type="checkbox"/> 1 職業傷害 <input type="checkbox"/> 2 職業病 (請詳填下列欄位，如不敷填寫，請以另紙書寫並簽章)				
	1. 傷害類型： <input checked="" type="checkbox"/> 執行職務 <input type="checkbox"/> 上下班事故 <input type="checkbox"/> 公出事故 <input type="checkbox"/> 其他				
	※ 上下班或公出途中發生事故者請另填具「上下班、公出途中發生事故而致傷害陳述書」及檢附勞工駕照影本。				
	2. 實際工作內容：磁磚黏貼及水泥作業				
	3. 受傷時間及地點： <input checked="" type="checkbox"/> 上午 10 時 20 分於何處：作業場所 詳細地址： <input checked="" type="checkbox"/> 同受僱單位通訊地址 <input type="checkbox"/> 其他：				
	4. 受傷原因及經過：實施外牆磁磚黏貼作業，從施工架上墜落				
5. 如因化學物質所致傷害者，請填明化學物質名稱：					
6. 如為公出請再填明至何地從事何工作致事故：					
受僱單位名稱：周亞飛 (請填寫全銜) 地址：臺北市中正區館前路 77 號 10 樓之 1 電話：(02)23456789					
雇主(負責人)姓名：周亞飛 身分證號：I100012345 住址：臺北市中正區忠孝路 1 號 電話：0912-345678					
給付方式(請擇一勾)	浮貼申請人金融機構存簿封面影本處				
	1. <input checked="" type="checkbox"/> 請將補助金額匯入 曾美美 君帳戶受領。				
	2. <input type="checkbox"/> 請將補助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，並將金融機構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		
曾美美	局號：5 1 5 2 0 0 - 5	銀行	總代號：		
	帳號：0 0 0 1 0 1 - 1	分行	帳號：		
	局號： -	銀行	總代號：		
	帳號： -	分行	帳號：		
一、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。 二、當序受益人已依勞工職業災害保險及保護法第 53 條規定協議，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。 三、如有溢領之津貼、補助，得自本人或受益人領取之保險給付、津貼及補助扣減繳還。					
申請人(受益人)簽名或蓋章： 曾美美				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)			

★申請未加保勞工職業災害死亡補助，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 2899】。

★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。

113.05

1. 申請本補助之全部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. 受領本補助受益人之順序：(1) 配偶及子女 (2) 父母 (3) 祖父母 (4) 受職災勞工扶養之孫子女 (5) 受職災勞工扶養之兄弟、姊妹。

當序受益人資料表(非當序受益人請勿填寫)															
姓名	林想想	出生日期	民國 80 年 1 月 1 日	身分證 統一編號	A	1	2	3	4	5	5	5	5	與職災勞工關係： 父子	
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 checked="" type="checkbox"/> 同申請人之通訊地址 電話：( ) 郵遞區號：□□□-□□□ 行動電話：0999-123456 縣 鄉鎮 村里 路 街 段 巷 弄 號 樓之 室 市 市區 鄰 街 前述地址為：(請勾選) <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input checked="" type="checkbox"/> 現住址														
姓名	林芃芃	出生日期	民國 83 年 9 月 10 日	身分證 統一編號	A	2	2	3	4	7	6	5	4	3	與職災勞工關係： 父女
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 電話：( ) 郵遞區號：100-013 行動電話：0911-222498 縣 鄉鎮 村里 路 街 段 巷 弄 9999 號 9 樓之 室 臺北市 中正市 區 八德路 街 前述地址為：(請勾選) <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input checked="" type="checkbox"/> 現住址														

### 請領未加保勞工職業災害死亡補助說明

#### 一、請領資格：

未加入勞工職業災害保險之勞工，於 111 年 5 月 1 日(含當日)後遭遇職業傷病致死亡，遺有配偶、子女、父母、祖父母、孫子女或兄弟、姊妹者。

#### 二、補助標準：

- (一) 按死亡事故時，勞工職業災害保險投保薪資分級表第一等級月投保薪資，一次發給 45 個月。
- (二) 未加保勞工已請領失能補助者，其遺屬不得因同一職業傷病申請死亡補助。但死亡補助金額優於失能補助者，其遺屬得請領死亡補助扣除已領失能補助金額之差額。
- (三) 未加保勞工申請失能補助後，經保險人審定應核發而尚未核發前，因同一職業傷病死亡者，其遺屬得選擇申請失能補助或死亡補助，經保險人核付後，不得變更。

#### 三、應備書件：

- (一) 未加保勞工職業災害死亡補助申請書及補助收據。
- (二) 死亡證明書、檢察官相驗屍體證明書或死亡宣告裁定書。
- (三) 載有死亡日期之全戶戶籍謄本，遺屬為養子女時，應檢附載有收養及登記日期之戶籍謄本；遺屬與死者非同戶籍者，應同時提出各該戶籍謄本。
- (四) 遺屬為孫子女或兄弟姊妹者，應檢附受職業災害勞工扶養之相關證明文件。
- (五) 受僱從業之單位名稱、雇主姓名、地址、工作性質、內容及職業災害相關證明資料。
- (六) 罹患職業病者，應檢附認可醫療機構之職業醫學科專科醫師開具之職業病診斷書(勞工於澎湖縣、金門縣、連江縣及其他離島地區就醫者，其職業病診斷書，得由原應診之全民健康保險特約醫院或診所之醫師出具)及載有工作性質、內容、期間及暴露於何種作業環境或有害物等作業之職歷報告書。但其內容已詳細載明於職業病診斷書者，得免附。

★曾因同一職業傷病領取失能補助者，得免附(五)及(六)所定文件。

#### 四、注意事項：

- (一) 遺屬請領順序：(1) 配偶及子女 (2) 父母 (3) 祖父母 (4) 受職災勞工生前扶養之孫子女 (5) 受職災勞工生前扶養之兄弟、姊妹。有前順序受益人存在時，後順序之遺屬不得請領。
- (二) 死亡補助，以一人請領為限。符合請領條件者有二人以上時，應共同具領，未能共同具領或保險人核定前如有他人提出請領，保險人應通知各申請人協議其中一人代表請領，未能協議者，按總給付金額平均發給各申請人。保險人依規定發給死亡補助後，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。
- (三) 申請人為未成年人或無行為能力人，檢具之補助申請書，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。
- (四) 在職業災害保險有效期間遭遇職業傷害或罹患職業病，於保險效力停止之翌日 1 年內，因同一傷病及其引起疾病死亡者，請填具「勞工職業災害保險本人死亡給付申請書及給付收據」。
- (五) 外籍人士無身分證號者，請填寫護照或居留證號，並檢附護照、居留證或入出境許可證影本。