

勞工保險

失能年金加發眷屬補助

申請書及給付收據

受理編號 _____ 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	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
--------	------	----------------------------	---------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

符合加發眷屬補助人數共 _____ 人，申請金額 _____ 元。(如無法核算，可不填寫)

眷屬資料填寫欄：(本表不敷使用時，請依下列格式填具浮貼於背面)【請參閱背面說明一】

配偶姓名	出生日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	符合之條件(請於符合項目□中打V)				
身分證統一編號	結婚日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	有無扶養子女	每月工作收入	領有重度以上身心障礙手冊或證明	受監護宣告	
			1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有 _____ 元	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有	
子女姓名 (如係養子女請惠予註明)	出生日期 (民國)	身分證統一編號		有無在學	每月工作收入	領有重度以上身心障礙手冊或證明	受監護宣告
_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有 _____ 元	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有
_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有 _____ 元	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有
_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有 _____ 元	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有
_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有 _____ 元	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有
_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有 _____ 元	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有
_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有 _____ 元	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有

檢附書據證件：
全戶戶籍謄本
在學證明(學費收據)
重度以上身心障礙手冊或證明
監護宣告證明

以上各欄均據實填寫，為審核給付需要，同意 貴局可逕向健保局或其他有關機關團體調閱相關資料。若有溢領之保險給付，亦同意 貴局可逕自本人得領取之保險給付中扣除繳還。

被保險人簽章：

※ 各項欄位請覈實填寫，如有偽造、詐欺等不法行為者，將移送司法機關辦理，如有疑義請電洽本局(電話：02-23961266 轉分機 2250)。
 ※ 郵寄或送件地址：10013 臺北市中正區羅斯福路 1 段 4 號「勞工保險局」收。

.....請將「眷屬資料」浮貼於下方(可覆蓋於說明之上).....

請領失能年金加發眷屬補助說明

一、請領要件：

請領失能年金給付者，同時有符合下列條件之配偶或子女時，每 1 人加發依勞工保險條例第 53 條規定計算後金額 25% 之眷屬補助，最多加計 50%：

- (一) 配偶應年滿五十五歲且婚姻關係存續 1 年以上。但有下列情形之一者，不在此限：
 - 1. 無謀生能力。
 - 2. 扶養未成年、無謀生能力或 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之子女。
- (二) 配偶應年滿 45 歲且婚姻關係存續 1 年以上，且每月工作收入未超過投保薪資分級表第一級。
- (三) 子女應符合下列條件之一。但養子女須有收養關係 6 個月以上：
 - 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。

二、請領手續：

- (一) 被保險人請領加發眷屬補助者，應提具下列書據證件：
 - 1. **全戶戶籍謄本**。眷屬與被保險人非同一戶籍者，應同時檢具各該戶籍謄本。
 - (1) 眷屬為配偶時，戶籍謄本應載有結婚日期。
 - (2) 眷屬為養子女時，戶籍謄本需載有收養及登記日期。
 - 2. **在學證明或學費收據**。子女或養子女為在學者，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保險人查核，經查核符合條件者，眷屬補助應繼續發給至翌年 8 月底止。
 - 3. **重度以上身心障礙手冊或證明，或監護宣告證明**。配偶或子女為無謀生能力者，應檢附重度以上身心障礙手冊或證明，或監護宣告之相關證明文件。
- (二) 被保險人眷屬有下列情形之一時，其加給眷屬補助應停止發給：
 - 1. 配偶：
 - (1) 再婚。
 - (2) 未滿 55 歲，且其扶養之子女不符合勞工保險條例第 54 條之 2 第一項第 3 款所定請領條件。
 - (3) 不符合前述一之(二)所定之請領條件。
 - 2. 子女不符合前述一之(三)所定之請領條件。
 - 3. 入獄服刑、因案羈押或拘禁。
 - 4. 失蹤。

三、附註：

前述『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保險以外之相關社會保險者。
- 2. 受監護宣告，尚未撤銷者。