

# 國民年金

## 遺屬年金給付申請書及給付收據

受理編號  號  年  月  日申請 (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
	死亡日期	民國	年	月	日	身分證統一編號
受領遺屬年金人數	共 <input type="text"/> 人 (遺屬資料請續填第二頁)		申請金額	元(如無法核算,可不填寫)		

### 請將申請人之存簿封面影本黏貼於第三頁

※一、金融機構存簿之總代號、分支代號及帳號,請分別由左至右填寫完整,位數不足者,不須補零;郵政存簿儲金局號及帳號(均含檢號)不足七位者,請在左邊補零。  
 二、所檢附金融機構或郵局之存簿封面影本應可清晰辨識,以免無法入帳。  
 三、建議入帳銀行:台灣銀行、土地銀行、合作金庫、台北富邦、兆豐銀行、台灣企銀、華南銀行、第一銀行、彰化銀行、高雄銀行、玉山銀行、台新銀行、郵局。

1. 經協議後,各申請人同意由  君代表請領年金給付,並匯入其以下帳戶。  
 ①  匯入代表申請人在金融機構(B)存簿帳戶:  銀行(庫局)  分行(支庫局)

總代號	分支代號	帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

②  匯入代表申請人在郵局(H)存簿帳戶:局號: - 帳號: -

2. 給付金額平均匯入各申請人在下列金融機構或郵局之帳戶。(如不敷填寫請依下列格式另紙書寫)

申請人姓名	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"/> 分支代號: <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"/> 分支代號: <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"/> 分支代號: <input type="text"/> 帳號: <input type="text"/>

本人已瞭解國民年金法相關規定,茲證明本人為當序受領遺屬且申請書所填各欄均覈實填寫。如有尚未逾期繳費期限之應繳納保險費時,得由本人請領之保險給付中扣抵;又如有溢領或誤領之給付,應退還並願負一切法律責任。

申請人簽名或蓋章: <input type="text"/>	法定代理人簽名或蓋章: <input type="text"/>
申請人簽名或蓋章: <input type="text"/>	法定代理人簽名或蓋章: <input type="text"/>
申請人簽名或蓋章: <input type="text"/>	法定代理人簽名或蓋章: <input type="text"/>

(申請人未成年或為禁治產人,應由其監護人簽名或蓋章)

### 遺屬資料

說明: 1. 當序受領遺屬存在時,後面順序之遺屬不得請領;如當序遺屬放棄請領或於請領期間死亡或喪失請領條件時,後面順序之遺屬亦不可請領。(遺屬順位請參照背面說明二)  
 2. 請確實填寫當序受領遺屬資料,如填寫欄不敷使用,請依下列格式另紙書寫。

配偶	姓名	出生日期	民國	年	月	日	身分證統一編號				
	結婚日期	民國	年	月	日	每月工作收入	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有: <input type="text"/> 元				
	通訊地址	郵遞區號: <input type="text"/> - <input type="text"/>	縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓之
電話							行動電話				

### 其他遺屬資料填寫欄 (非當序受領遺屬請勿填寫)

姓名	與被保險人關係	出生日期	民國	年	月	日	身分證統一編號				
有無在學	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有 (子女、孫子女年滿20歲以上者始須勾填)	每月工作收入	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有: <input type="text"/> 元	領有身心障礙手冊			1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有: 障礙等級 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 輕度				
通訊地址	郵遞區號: <input type="text"/> - <input type="text"/>	縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓之	室
電話							行動電話				

姓名	與被保險人關係	出生日期	民國	年	月	日	身分證統一編號				
有無在學	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有 (子女、孫子女年滿20歲以上者始須勾填)	每月工作收入	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有: <input type="text"/> 元	領有身心障礙手冊			1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有: 障礙等級 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 輕度				
通訊地址	郵遞區號: <input type="text"/> - <input type="text"/>	縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓之	室
電話							行動電話				

姓名	與被保險人關係	出生日期	民國	年	月	日	身分證統一編號				
有無在學	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有 (子女、孫子女年滿20歲以上者始須勾填)	每月工作收入	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有: <input type="text"/> 元	領有身心障礙手冊			1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有: 障礙等級 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 輕度				
通訊地址	郵遞區號: <input type="text"/> - <input type="text"/>	縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓之	室
電話							行動電話				

※ 請覈實填寫上述各項,如有疑義,請電洽國民年金業務處給付二科,電話(02)23961266轉分機6022或各地辦事處詢問。  
 ※ 郵寄地址:10056臺北市中正區濟南路2段42號「勞工保險局國民年金業務處」收。  
 ※ 依照國民年金法第50條規定:「以詐欺或其他不正當行為領取保險給付者,除應予追回外,並按其領取之保險給付處以2倍罰鍰。」另依民法請求損害賠償;又如有涉及刑責者,移送司法機關辦理。