

勞工保險  
勞工職業災害保險

失能年金加發眷屬補助

申請書及給付收據

受理號碼 \_\_\_\_\_ 號 填表日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (填表前請詳閱背面說明)

被保險人姓名	出生日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	身分證(居留證或護照號碼)																	
--------	------	----------------------------	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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)																	
			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														
	身分證統一編號																			
	結婚日期	民國 _____ 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														
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	符合之條件(請於符合項目□中打V)																	
			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 在學證明或學費收據(子女或養子女已成年，25歲以下，且在學者始須檢附)  
重度以上身心障礙手冊或證明 受監護宣告證明

以上各欄均據實填寫，為審核給付需要，同意貴局可逕向衛生福利部中央健康保險署或其他機關團體調閱相關資料。如有溢領之保險給付，得自本人或受益人請領之保險給付扣減之。

被保險人簽名或蓋章： \_\_\_\_\_ (本人正楷親簽)

(註：如被保險人為「未成年」或「受監護宣告」者，請法定代理人副署簽章並檢附戶口名簿影本)

※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：100232 臺北市中正區羅斯福路1段4號「勞動部勞工保險局」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：

#### (一) 給付標準：

- 1.請領勞保失能年金給付者，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%。
- 2.請領勞工職業災害保險失能年金者，同時有符合下列條件之配偶或子女時，每1人加發依勞工職業災害保險及保護法第43條規定計算後金額10%之眷屬補助，最多加計20%。

#### (二) 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。

#### (三) 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。

#### (四) 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**。子女或養子女已成年，25歲以下且為在學者，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，或受監護宣告證明**。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，或受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) 離婚。
  - (2) 未滿55歲，且其扶養之子女不符合前述一之(四)所定請領條件。
  - (3) 不符合前述一之(三)所定之請領條件。
2. 子女不符合前述一之(四)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。