

## 【保險對象死亡核退】法定繼承人聲明書

保險對象\_\_\_\_\_先生（女士）因已死亡，故申請繼承全民健康保險自墊之醫療費用

下列為全體法定繼承人，同意由\_\_\_\_\_代表全體繼承人受領取貴保險人核定款項，倘有權益、遺產等糾紛願自負一切法律責任。

此致 全民健康保險保險人

**聲明人如下**(全體法定繼承人皆需填寫並親自簽章)：

繼承人：(代理人)	簽章
身分證號：	關係：
繼承人：	簽章
身分證號：	關係：
繼承人：	簽章
身分證號：	關係：

中 華 民 國                      年                      月                      日

備註：

- 1.請檢附**(1)死亡證明文件**（除籍之戶口名簿影本或死亡證明等文件）、**(2)全體法定繼承人之身分證明文件正反面影本**，若繼承人數多者，可分頁填寫聲明書、**(3)全體法定繼承人之原始全戶戶籍謄本**。
- 2.以下繼承人之順位依民法**1138**條規定《除配偶外，法定繼承人及其順序》：
  - (1)直系血親卑親屬。
  - (2)父母。
  - (3)兄弟姊妹。
  - (4)祖父母。
- 3.倘本「法定繼承人聲明書」缺漏，保險人將請其補齊，若逾補件期限未補件，保險人將逕依所送書據進行實質審核並作成准駁決定。