

## 【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

下列為其合法繼承人，同意由\_\_\_\_\_代為申辦並代表全體繼承人領取 貴保險人核定款項，倘有權益、遺產等糾紛願負一切法律責任，與 貴保險人無關。

此致 全民健康保險保險人

### 聲明人如下：

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）、及(2)申請人身分證明文件，若繼承人數多者可分頁填寫聲明書。

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。