

## 工友遺屬申請職業災害死亡補償、撫卹審查表

姓名: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 年齡: \_\_\_\_\_ 死亡時服務機關及其職務: \_\_\_\_\_

各款遺族	領卹順序及稱謂		姓名	年齡	現住址或通訊地址
	第一順位				

歷任職務	機關學校名稱	職別	到職年月日	卸職年月日	備註	
				民國 年 月 日	民國 年 月 日	
				民國 年 月 日	民國 年 月 日	
				民國 年 月 日	民國 年 月 日	
				民國 年 月 日	民國 年 月 日	
				民國 年 月 日	民國 年 月 日	
				民國 年 月 日	民國 年 月 日	
				民國 年 月 日	民國 年 月 日	

任職年數: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日      證明文件: \_\_\_\_\_

死亡年月日: 中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日      引用條款: 工友管理要點第 \_\_\_\_\_ 點

請領職業災害死亡補償或撫卹金遺屬代表人簽名及蓋章		事務主管人員 蓋章		機關學校及長官 蓋章	
--------------------------	--	--------------	--	---------------	--

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日