

領 據

受領事由：衛生福利部嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）
死亡喪葬慰問金（關懷金）

死亡者姓名：

死亡者身分證統一編號：

金 額：新臺幣壹拾萬元整

受領人姓名：

與死亡者關係：

國民身分證統一編號：

電 話：

戶籍地址： 縣(市) 鄉(鎮、市、區) 里 鄰
路(街) 段 巷 弄 號 樓

通訊地址：同戶籍地址

縣(市) 鄉(鎮、市、區) 里 鄰
路(街) 段 巷 弄 號 樓

請詳細閱讀以下內容及據實填寫，簽章後表示您已知悉並同意以下內容：

- 死亡者本人尚有：第1順位配偶
第2順位子女__人或孫子女__人（以親等近者為先）
第3順位父母__人
第4順位兄弟姐妹__人
第5順位祖父母__人
- 受領人本人為此次慰問金（關懷金）第__順位之代領人，將對領取本慰問金（關懷金）乙事，盡告知其他共同領受人之義務。
- 同意授權本部於必要時向內政部查調相關戶政資料。

受領人簽章：

（如受領人為未成年者，法定代理人應共同簽名）

中華民國 年 月 日

郵局或金融機構名稱： (匯款帳戶，戶名應同受領人)

分行別 帳號：

如為警示戶或凍結帳戶，由衛生福利部寄送匯票至通訊地址。

受領人存摺封面影本黏貼處

請確認是否已檢附以下資料，以利審查：

死亡證明書或相驗屍體證明書正本

領據正本

存摺封面影本（若以匯票受領，則免附）

共同委任及聲明書（若受領人是第 1 順位配偶，則免附）