**【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。