

生育給付申請書及給付收據

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|--|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受理編號                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年  月  日申請                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (填表前請詳閱背面說明)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保險人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 出生日期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 民國  年  月  日 |  | 身分證統一編號                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 聯絡方式                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ※請擇一勾選：(勾選 1、2 者無須填寫現住址；如全部未勾選，本局即以戶籍地址寄發通知書件)<br>1. <input type="checkbox"/> 戶籍地址<br>2. <input type="checkbox"/> 同繳款單地址                  電話：(    ) _____<br>3. <input type="checkbox"/> 現住址：郵遞區號： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/><br><div style="margin-left: 100px;">縣       鄉鎮       村里       路       巷       號     樓之室<br/>市       市區       鄰       街     段     弄</div> |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 分娩或早期產期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 民國  年  月  日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 申請生育給付金額    |  | _____個月生育給付計_____元<br>(如無法核算，可不填寫) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 給付標準                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 分娩或早產者，按月投保金額一次發給生育給付 1 個月。雙生以上者，比例增給。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 分娩胎別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ※同時符合相關社會保險生育給付或補助條件者，僅得擇一請領<br>1. <input type="checkbox"/> 單胎    2. <input type="checkbox"/> 雙胎    3. <input type="checkbox"/> 三胎    4. <input type="checkbox"/> 四胎    5. <input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 匯入帳戶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ※一、金融機構存簿之總代號、分支代號及帳號，請分別由左至右填寫完整，位數不足者，不須補零；郵政存簿儲金局號及帳號（均含檢號）不足七位者，請在左邊補零。<br>二、所檢附金融機構或郵局之存簿封面影本應可清晰辨識，以免無法入帳。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1. <input type="checkbox"/> 匯入申請人在金融機構(B)存簿帳戶：____銀行(庫局)____分行(支庫局)<br><div style="float:right; margin-right: 100px;"><table border="1" style="border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 40px;"></td><td style="width: 40px;"></td><td style="width: 40px;"></td><td style="width: 40px;"></td><td style="width: 40px;"></td><td style="width: 40px;"></td><td style="width: 40px;"></td><td style="width: 40px;"></td><td style="width: 40px;"></td><td style="width: 40px;"></td><td style="width: 40px;"></td><td style="width: 40px;"></td><td style="width: 40px;"></td><td style="width: 40px;"></td><td style="width: 40px;"></td><td style="width: 40px;"></td><td style="width: 40px;"></td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr></table></div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2. <input type="checkbox"/> 匯入申請人在郵局(H)存簿帳戶：局號： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> 帳號： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>                                                                     |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="font-size: small;">本人已瞭解國民年金法相關規定，茲證明上列各欄均覈實填寫；又本人同意如有生育事故發生前逾期未繳納之保險費及利息，得由請領之生育給付中扣抵。又本人或受益人如有溢領或誤領之保險給付應予退還；或本人如另有請領(勞工保險、農民健康保險)生育給付，同意貴局逕由本人得領取之生育給付中扣還並願負一切法律責任。</div> <div style="text-align: right; width: 10%; height: 60px; border: 1px dotted black; margin-top: -50px;"></div> <div style="text-align: center; font-weight: bold; padding-bottom: 10px;">被保險人(或受益人)簽名或蓋章：_____</div> <div style="text-align: center; font-size: x-small;">(中文正楷親簽)</div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※應備書件：出生證明(應為正本並載有生母及新生兒專欄記事)；已辦理出生登記者得免附。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| -----存簿封面(戶名及帳號)影本-----                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (存簿封面影本黏貼欄)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |             |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※ 請覈實填寫上述各項，如有疑義，請電洽勞動部勞工保險局國民年金組，電話 (02) 23961266 轉 6066；或各地辦事處詢問。

※ 郵寄地址：10056 臺北市中正區濟南路 2 段 42 號「勞動部勞工保險局國民年金組」收。

※ 依照國民年金法第 50 條規定：「以詐欺或其他不正當行為領取保險給付者，除應予追回外，並按其領取之保險給付處以 2 倍罰鍰。」另依民法請求損害賠償；又如有涉及刑責者，移送司法機關辦理。

## 請領生育給付說明

### 一、請領資格：

被保險人於保險有效期間分娩或早產（不論活產或死產），得請領生育給付。

【早產的定義：依照衛生福利部 103 年 11 月 25 日衛部保字第 1030028222 號函釋規定，早產定義為，出生時妊娠週數大於 20 週（含 140 天），但小於 37 週（不含 259 天）；如妊娠週數不明確時，可採出生胎兒體重計算，即胎兒出生時體重大於 500 公克，但少於 2500 公克者。】

### 二、給付標準：

按被保險人分娩或早產當時之月投保金額一次發給 1 個月生育給付。分娩或早產為雙生以上者，比例增給。被保險人同時符合相關社會保險生育給付或補助條件者，僅得擇一請領。又國保被保險人分娩，其配偶為農保被保險人，符合各該保險生育給付請領資格時，仍應受僅得擇一請領之限制。

### 三、請領手續：

請領生育給付時，應檢具下列書表證明送本局：

（一）國民年金生育給付申請書及給付收據。

（二）1. 嬰兒出生證明書。（死產者，應檢附醫療院所或領有執業執照之醫師、助產人員所出具之死產證明書。）

2. 持國外出生證明書者，除應檢附被保險人護照影本外，並應依下列規定辦理：

（1）國外製作之出生證明書，應經我國駐外使領館、代表處、辦事處或其他外交部授權機構驗證；其在國內由外國駐臺使領館或授權機構製作者，應經外交部複驗。

（2）大陸地區製作之出生證明書，應經行政院設立或指定機構或委託之民間團體驗證。（註：財團法人海峽交流基金會）

（3）香港或澳門製作之出生證明書，應經行政院於香港或澳門設立或指定機構或委託之民間團體驗證。（註：香港為駐香港台北經濟文化辦事處、澳門為駐澳門台北經濟文化辦事處）

（4）出生證明書為外文者，應檢附經上述所列單位驗證或國內公證人認證之中文譯本。

前開出生證明書及早(死)產證明書均應載明產婦之姓名、出生年月日及國民身分證統一編號等基本資料；早(死)產證明書並應載明早(死)產日期、妊娠週數及最終月經日期。

（三）已辦理出生登記者，得免附上述（二）所定文件。

### 四、請領期限：

領取生育給付之請求權，自得請領之日起，因 5 年間不行使而消滅。

### 五、發給方式：

如經審查符合請領條件及申請手續完備者，逕匯至被保險人（或受益人）之國內金融機構帳戶。

### 六、附註：

（一）被保險人流產、葡萄胎及子宮外孕者，不得申請生育給付。

（二）申請時應據實填寫，如有虛假之偽造、詐欺行為者，將移送司法機關辦理。