因公死亡人員之遺族代表適用醫療照護案同意書

因_____先生（女士）係因公死亡人員，遺族均同意由_____適用醫療照護案，且全體遺族均無異議；如有不實，願負一切責任；恐口說無憑，特立此書以資證明。

此致

內政部警政署

遺族：（父）_____【含（稱謂），姓名】簽章

遺族：（母）_____【含（稱謂），姓名】簽章

遺族：（未再婚夫或妻）_____【含（稱謂），姓名】簽章

遺族：（未成年子女）_____【含（稱謂），姓名】簽章

遺族：（未成年子女）_____【含（稱謂），姓名】簽章

遺族：（未成年子女）_____【含（稱謂），姓名】簽章

遺族：（成年具身障子女）_____【含（稱謂），姓名】簽章

遺族家戶代表：

姓名：_____ 身分證號：_____ 出生日期：_____

電話：_____ 住址：_____

附註：

一、 符合原公務人員撫卹法第 5 條第 1 項第 1、2、3 款或公務人員退休資遣撫卹法第 53 條第 2 項第 1、2、3 款人員遺眷（含父母、未再婚之配偶、未成年(適用至成年止)或已成年因身心障礙而無謀生能力之子女)，家戶代表 1 人。

二、 本方案遺族代表適用警察消防海巡空勤人員醫療照護實施方案。

三、 倘需變更遺族代表請於當月 15 日前向原服務機關申請，服務機關於 20 日前彙整變更名冊報送本署辦理，異動人員於次月 1 日生效。

四、 倘若遺族代表身分變更為非本醫療照護案適用對象，應主動告知原服務機關辦理異動，否則機關得追回補助費用。

中　華　民　國　　年　　月　　日