

## 法定继承人关系证明

被保险人 \_\_\_\_\_ 系我村（小区）居民，身份证号码 \_\_\_\_\_ ，  
于 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日身故，其法定继承人有：

父 亲：姓名 \_\_\_\_\_ 身份证号码 \_\_\_\_\_ 是否健在 \_\_\_\_\_

母 亲：姓名 \_\_\_\_\_ 身份证号码 \_\_\_\_\_ 是否健在 \_\_\_\_\_

配 偶：姓名 \_\_\_\_\_ 身份证号码 \_\_\_\_\_ 是否健在 \_\_\_\_\_

子 女：姓名 \_\_\_\_\_ 身份证号码 \_\_\_\_\_

子 女：姓名 \_\_\_\_\_ 身份证号码 \_\_\_\_\_

子 女：姓名 \_\_\_\_\_ 身份证号码 \_\_\_\_\_

子 女：姓名 \_\_\_\_\_ 身份证号码 \_\_\_\_\_

除以上 \_\_\_\_\_ 人外，别无他人。

特此证明

公章 \_\_\_\_\_

（须加盖派出所或村委会、居委会公章）

年 月 日