

台北市保險業職業工會 會員福利金申請書(暨收據)

身份字號		姓名		申請日期	年 月 日
請事領項	<input type="checkbox"/> 結婚 (附：喜帖或戶籍謄本) <input type="checkbox"/> 住院 (附：住院診斷證明書) <input type="checkbox"/> 年滿 60 歲以上辦理勞保老年退休給付(<input type="checkbox"/> 滿 15 年以上 <input type="checkbox"/> 滿 20 年以上) <input type="checkbox"/> 家屬往生(<input type="checkbox"/> 父、 <input type="checkbox"/> 母、 <input type="checkbox"/> 配偶、 <input type="checkbox"/> 子女) <div style="background-color: yellow; padding: 2px;">【以上為會員本人專屬】</div> <input type="checkbox"/> 本人往生 (附：除籍後謄本、訃文或證明書，三擇一即可)				
金額	新台幣： 仟 佰元整				
會員收款簽章			家屬 (代領人) 收款簽章		
摘要				入會日	
備註	*各項福利，請於事故發生日起 3 個月內提出申請，退休禮金於辦理退休當日申請，逾期視同自願放棄請領權益。				

台北市保險業職業工會 會員福利金申請書(暨收據)

身份字號		姓名		申請日期	年 月 日
請事領項	<input type="checkbox"/> 結婚 (附：喜帖或戶籍謄本) <input type="checkbox"/> 住院 (附：受傷/生病住院診斷證明書) <input type="checkbox"/> 年滿 60 歲以上辦理勞保老年退休給付(<input type="checkbox"/> 滿 15 年以上 <input type="checkbox"/> 滿 20 年以上) <input type="checkbox"/> 家屬往生(<input type="checkbox"/> 父、 <input type="checkbox"/> 母、 <input type="checkbox"/> 配偶、 <input type="checkbox"/> 子女) <div style="background-color: yellow; padding: 2px;">【以上為會員本人專屬】</div> <input type="checkbox"/> 本人往生 (附：除籍後謄本、訃文或證明書，三擇一即可)				
金額	新台幣： 仟 佰元整				
會員收款簽章			家屬 (代領人) 收款簽章		
摘要				入會日	
備註	*各項福利，請於事故發生日起 3 個月內提出申請，退休禮金於辦理退休當日申請，逾期視同自願放棄請領權益。				