

桃園市燙髮美容職業工會 支出傳票.憑證請示單

申請日期： 年 月 日

| | | | | | |
|---------------|--|----------|--|------|--|
| 被保險人 (申請人) | | 蓋章 | | 出生日期 | |
| 身分證字號 | | 會員 編號 | | 入會日期 | |
| 通訊地址 | | | | 公司電話 | |
| | | | | 住宅電話 | |
| | | | | 行動電話 | |
| 請領事項 | <input type="checkbox"/> 傷病住院_____天 <input type="checkbox"/> 本人結婚 <input type="checkbox"/> 本人死亡 <input type="checkbox"/> 本人殘廢 <input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 家屬死亡(稱謂：) | | | | |
| 給付金額 | 新台幣： 拾 萬 仟 佰 元整 | | | 給付方式 | <input type="checkbox"/> 工 會 領 取 <input type="checkbox"/> 沖 抵 保 費 |

| | | | | | |
|-----------|--|----|--|------------|--|
| 領款人 姓名 | | 蓋章 | | 與會員 之關係 | |
| 通訊地址 | | | | 公司電話 | |
| | | | | 住宅電話 | |
| | | | | 行動電話 | |
| 已檢附 證件 | <input type="checkbox"/> 住院診斷證明書正本 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影印本 <input type="checkbox"/> 殘廢診斷證明書正本 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本正本 <input type="checkbox"/> 死亡診斷證明書正本 <input type="checkbox"/> 除戶謄本正本 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 結婚囍柬 | | | | |
| 審核結果 | <input type="checkbox"/> 通過，按規定發給\$ _____ 元。 <input type="checkbox"/> 不通過。(原因：) | | | | |
| 備註 | | | | 傳票 | |

| | | |
|------------------------|------------|------------|
| 理 事 長 (常務理事) | 秘 書 | 會 計 |
| | | |