

# 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 費 <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	

<b>理 事 長</b> ( 常 務 理 事 )	<b>秘 書</b>	<b>會 計</b>

※互助金之申請，應於事故發生日起『二個月內』提出，逾期視同棄權。 1110506修訂版