**台南市保險服務職業工會**

**會員慰問金申請書**

 申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請人****姓 名** |  | **會員編號** |  | **電話** |  |
| **入會日期** |  | **住址** |  |
| **原 因 及****住院天數** |  |
| **申請金額** |  **仟 佰 拾 元整** |
| **申請人簽章** |  |
| **請符貼相關證明文件** |
|  |
| **審核結果** |
| **承辦人員：****□ 符合申請條件*** **不符合申請條件**

**原因**  |  |