**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** | | |  | | |