

**台北市保險代理職業工會
眷屬加保申請書**

會員 編號		會員 姓名		身分 證號								加保日	
眷屬 姓名		出生	民國 年 月 日	身分 證號								關係	
眷屬 姓名		出生	民國 年 月 日	身分 證號								關係	

已掃描歸檔：

- 戶口名簿 身分證
- 學生證或在學證明
- 身心障礙手冊
- 其他_____

申請人：

代辦人：

中 華 民 國 年 月 日

經辦 秘書 總幹事 理事長

※申請書請回傳至：(02)2563-4392並電話確認 (02)2571-9188

※正本寄回：104 台北市中山區民生東路1段54號11樓