

國軍官兵辦理 <input type="checkbox"/> 撫卹 <input type="checkbox"/> 保險給付申請表					
姓名		性別		出生年月日	年 月 日
身分證統一編號			撫卹(照護)令字號		
入伍(營)日期	年 月 日	退伍(除役、停役)	日期	年 月 日	
			字號	字 號	字 號
服務單位					
時 亡故、受傷或患病	單位	地 點			
	俸級	原 因			
	部 位				
	日期	年 月 日	治 療 醫 院		
檢 附 證 明 文 件	<input type="checkbox"/> 診斷證明書。				
	<input type="checkbox"/> 病歷摘要。(於國軍醫院醫療者免檢附)				
	<input type="checkbox"/> 死亡證明書。				
	<input type="checkbox"/> 停役令。				
	<input type="checkbox"/> 退伍(除役)令。				
	<input type="checkbox"/> 撫卹(照護)令。				
申請人簽章					
申請日期	年 月 日				
備 考	一、本表由身心障礙官兵自行填寫。 二、由遺族申請撫卹者，請加註戶籍地址。				