


國防部 (令)

事由	傷亡通報		受文者			副本單位		
發文	附件							
	日期							
	字號							
	駐地							
身分證號			入營日期	年 月 日	出生日	年 月 日		
軍種階級俸級			起役日期	年 月 日	出生地			
姓名			任官日期	年 月 日	梯次			
原屬單位								
原國					種類			
時間	年 月 日 時 分							
關								名
撫卹(照護)受益人								
戶籍地址								
通訊地址								
電話								
退撫基金繳交起訖日期								
附記								
備註	<small>受撫人認為核定傷亡種類不符時，得於傷亡通報令收受之日起6個月內，向核定機關申請覆核。</small>							
部長	○ ○ ○							

範例