

撫 卹 申 請 表  
 保 險 給 付 申 請 表

姓 名		性 別		出 生 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	
服 務 單 位									
亡 故 、 受 傷 或 患 病 時	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									
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。							