

撫 卹 申 請 表  
 保 險 給 付 申 請 表

國民身分證統一編號		姓 名	
出 生 年 月 日	年 月 日	出 生 地	縣 市 省
撫卹(照護)令字號	字 號		
入 伍 ( 營 ) 日 期	年 月 日		
退 伍 ( 除 役 、 停 役 )	年 月 日	核定字號	
服 務 單 位			
亡 故 、 受 傷 或 患 病 時	單 位		地 點
	階 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			
備 考	一、本表由傷殘官兵自行填寫。 二、由遺族申請撫卹者，請加註戶籍地址。		