

駐地信箱：

(要保單位全銜)			
撤銷軍人保險指定受益人申請書			
年 月 日 字 號			
受 文 者	臺銀人壽保險股份有限公司		
被 保 險 人 資 料			
身分證統一編號	姓 名	階級俸級	起保日期
原指定受益人資料			
姓 名		稱 謂	
被 保 險 人 切 結 事 項			
本人 <u>充分瞭解撤銷指定受益人</u> 時， <u>死亡給付將由</u> 105 年 1 月 1 日修正生效之軍人保險條例第 6 條第 1 項規定之 <u>親屬依序領受</u> ， <u>並同意撤銷</u> 受益人之 <u>指定</u> ，及對本申請書送達貴公司後始生撤銷指定受益人之 <u>效果無異議</u> ，特此切結。			
(簽章)			
承 辦 人	人 事 主 管	要 保 單 位 主 管	

填報說明：

- 一、撤銷原指定之受益人者，使用本申請書。
- 二、本申請書由被保險人填寫二份，並由本人簽章，呈所隸要保單位審核屬實，編填發文日期及文號、駐地信箱加蓋各級人員職章後，一份存查，一份以掛號郵務送達之方式送臺銀人壽保險股份有限公司辦理。