**軍人保險被保險人姓名冊 要保機關名稱：○○○○○**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保險字號** | **身分證統一編號** | **姓名** | **階級** | **出生日期** | **起保日期** | **退保日期** | **加保原因** | **有無軍人保險條例第6條之受益人(註)請勾選** | **備 註** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **□有 □無** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **□有 □無** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **□有 □無** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **□有 □無** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **□有 □無** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **□有 □無** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **□有 □無** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **□有 □無** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **□有 □無** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **□有 □無** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **□有 □無** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **□有 □無** |  |

**註：依軍人保險條例 —**

**第六條規定，死亡給付依序由下列親屬為受益人領受之：1.配偶 2.子女 3.父母 4.祖父母 5.兄弟姊妹。**

**第七條規定，被保險人無前條親屬或前條親屬受地域環境限制，不能為受益人時，轉經國防部核准得指定其他親友或公益法人為受益人。**

**承辦人 人事主管 要保機關主管**

**(免蓋要保機關關防)**