附件一

|  |
| --- |
| **國軍官兵辦理撫卹、保險給付申請表** |
| 姓名 |  | 性別 |  | 出生年月日 | 　　年　月　日 |
| 身分證統一編號 |  | 撫卹（照護）令字號 |  |
| 戶籍地址 |  |
| 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 | □診斷證明書。□病歷摘要。（於國軍醫院醫療者免檢附）□死亡證明書。□停役令。□退伍（除役）令。□撫卹（照護）令。 |
| 申請人簽章 |  |
| 申請日期 | 中華民國　　　年　　月　　日 |