

**台北市保險代理職業工會
眷屬加保申請書**

會員 編號		會員 姓名		身分證 證號														加保日		
眷屬 姓名		出生	民國 年 月 日	身分證 證號															關係	
眷屬 姓名		出生	民國 年 月 日	身分證 證號															關係	

申請人：

代辦人：

中 華 民 國 年 月 日

經辦 秘書 總幹事 理事長

※申請書請回傳至:(02)2563-4392並電話確認 (02)2571-9188

※正本寄回:104 台北市中山區民生東路1段54號2樓之2