台北市保險代理職業工會
眷屬退保申請書

會員編號		會員姓名		身分證號										退保日	
眷屬姓名		出生	民國　年　月　日	身分證號										關係	
眷屬姓名		出生	民國　年　月　日	身分證號										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