眷　屬　加　保　申　請　書

會員姓名：　　會員身份證字號：

眷屬姓名：　　眷屬身份證字號：　　眷屬出生日期：

加保日期：

本人申請眷屬健保加保，敬請准予辦理手續。

此　致

新北市保險經紀職業工會

* 附件一：眷屬身分證明文件(身分證正反面影本 or 戶口名簿影本)
* 附件二：眷屬前單位轉出單

申 請 人　　(蓋 章)

中　華　民　國　　年　　月　　日

傳真號碼：02-2826-3508