

台北市醬類業職業工會 福利金申請書(暨收據)

會員編號 身份字號		會員 姓名		申請 日期	年 月 日
請領 事項	<input type="checkbox"/> 會員結婚(附:喜帖或戶籍謄本) <input type="checkbox"/> 會員住院(附:住院診斷證明書) <input type="checkbox"/> 家屬死亡(<input type="checkbox"/> 父、 <input type="checkbox"/> 母、 <input type="checkbox"/> 配偶、 <input type="checkbox"/> 子女)(附:死亡證明書、戶口名簿或訃文) <input type="checkbox"/> 本人死亡(附:死亡證明書、戶口名簿或訃文)				
金額	新台幣： 仟 佰元整				
會員 收款簽章			代領人 收款簽章		
摘要				入會日	
備註	1. 各項福利金，請於事故發生日起3個月內提出申請，逾期不再受理視同棄權。 2. 申請資格、附件及金額請詳閱工會【福利金辦法】。				

粗線欄位由工會人員填註