

票據付款申請書－軍人保險專用

付款事由	<input type="checkbox"/> 年資未滿五年退還自繳保費 <input type="checkbox"/> 退還溢繳保費 <input type="checkbox"/> 其他_____		
原因	<input type="checkbox"/> 因個人債信因素，受限制使用銀行帳戶者 <input type="checkbox"/> 其他_____		
開立支票方式	<input type="checkbox"/> 1、禁止背書轉讓且劃線 <input type="checkbox"/> 2、取消禁止背書轉讓 <input type="checkbox"/> 3、取消劃線 *僅能擇一項勾選，若支票寄送途中不慎遺失，由申請人自行負責 *受限制使用銀行帳戶者，僅能就第2項或第3項擇一項勾選		
支票寄送地址	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> 市/縣 弄 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> 市/區/鄉/鎮 號 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> 路/街 樓之 (室) </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> 段 巷 </div> </div>		
聯絡電話	日 () _____分機_____		
	夜 () _____分機_____		
	行動電話：		
申請人簽章	<input style="width: 80px; height: 40px;" type="text"/>	申請日期	年 月 日
* 本人請檢附身分證明文件正反面影本 <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 2em; color: gray;"> 正面 反面 </div>			

請寄：臺銀人壽 軍人保險部
 台北市大安區敦化南路二段 65 號 7 樓

電話：02-2784-9151 # 2770~2780
 軍線：213-733