

中華民國儲蓄互助協會
社員防癌互助基金變更名冊

一、社名：_____ 社號：_____ 電話：_____ 社址：_____

二、若為變更受益人時，請加填「**團體保險受益人指定通知暨同意書**」

三、申請變更資料：

存摺 編號	投保 編號	姓名	申請變更 【請勾選申請項目並註明正確資料，需檢附證明文件】
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 其他： 正確為：
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 其他： 正確為：
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 其他： 正確為：
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 其他： 正確為：
5			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 其他： 正確為：
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 其他： 正確為：
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 其他： 正確為：
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 其他： 正確為：
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 其他： 正確為：
10			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 其他： 正確為：

社印：

理事長印：

經理／專職印：

申請日期：____年____月____日

要保單位簽署章：