

# 團保退保申請書

茲本人                      於            年            月            日( 退保日期不可追溯  
見註 1 )，委請台北市重機械操作業職業工會代為辦理團體保險-保誠健  
康險(37) 退保手續，特立此書。

此致

台北市重機械操作業職業工會

會員編號：

申請人：

簽章

身分字號：

代理人：

關係：

身分證字號：

聯絡電話：

◎註 1:於當月 20 日前辦理退保手續，退保日為當月月底；若當月超過 20 日辦理退  
保手續，退保日為次月月底。

◎退保請傳真至(02)2370-1266、(02)2370-1267 並電話確認方完成退保手續。

中      華            民            國                      年                      月                      日