

高雄醫學大學醫療事業企業工會

會員喪葬輓聯補助申請書

編號：輓_____

(限會員之配偶一親等直系血親死亡，始得申請)

會員姓名		識別證		身份證字號	
科 室	☐ 高醫 ☐ 小港 ☐ 大同 ☐ 旗津 ☐ 岡山 科室：_____			生 日	
聯 絡 電 話	分機： 其他：	地 址			
申 請 事 由	<u>申請人之配偶</u> 之 ☐ 父 / ☐ 母 ，於民國 年 月 日 過世				
附 件	1、 ☐ 訃文 ☐ 除戶謄本 ☐ 死亡證明。(三擇一，後兩項需另附 <u>身分關係證明文件</u>) 2、 ☐ 識別證影本一張〔正、反面〕。				
申請人簽名：		申請日期： 年 月 日			
理事長審核：		常務監事審核：		承辦人：	