

※請說明回答下列問題並於□中勾選

- |  | 是                        | 否                        |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1.被保險人目前是否因病住院或臥病在床中·····  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.被保險人目前人是否在國內(若未在國內恕無法辦理入會)···  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.被保險人是否因案經法院判決確定入獄服刑者·····  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.被保險人本身是否為事業單位之負責人·····   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.被保險人目前是否已懷孕·····   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a.目前懷孕週數為_____週。   |                          |                          |
| 6.加入本會前之前一單位退保「時間」?  | _____                    |                          |
| 7.被保險人目前是否領有殘障手冊·····  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 殘障手冊等級為， <input type="checkbox"/> 輕度、 <input type="checkbox"/> 中度、 <input type="checkbox"/> （極）重度---殘障類別 _____ |                          |                          |

本人：

受委託人：

身份證：

連絡電話：

中華民國        年        月        日