

切 結 書

本人 茲申請自願放棄投保新光人壽
團體微型傷害保險，特立此書為憑。

此致
基隆市政府

申請人：
身分證字號：
出生日期：
性別：
戶籍地址：

電話：
簽章：
代理人：
身分證字號：
簽章：
與申請人關係：

中 華 民 國 年 月 日