

# 社團法人高雄市牙醫師公會醫師醫療責任險請款收據

茲向社團法人高雄市牙醫師公會申請醫師醫療責任險補助款新台幣伍佰元整，此致社團法人高雄市牙醫師公會：

立 據 人：\_\_\_\_\_（投保醫師簽名或蓋章）

執業院所：\_\_\_\_\_（診所大小章）

聯絡電話：\_\_\_\_\_

保險公司：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※本會會員於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日起至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日內投保醫療責任險後向本會申請，每名醫師補助 500 元整為限。（請填寫保單上投保日期）

※申請補助請務必檢附投保單影本、繳費單影本及匯款銀行資料影本，以利匯款。

銀行匯款資料影印本  
黏貼處