新 北 市 牙 醫 師 公 會
醫療責任險補助申請書

請勾選	☐APP 申請$1200　☐傳真,現場申請$1000 ☐APP 申請$ 200(限 8/20 前已申請 108 醫責險補助)		
姓名		申請日期	
保險公司		保單號碼	
保險期間	至　　止		
匯款銀行		分行	
帳　　號			
帳戶名稱			

同 意 書

茲同意向新北市牙醫師公會申請醫師業務責任險保險補助款，匯款至以上帳戶。使用匯款方式補助款將扣除匯費。

同意人：_____**（簽名）身份證號：**_____

【匯入非本人帳戶才需填寫】

檢附資料：☐ 1.投保保單或保費收據
☐ 2.存摺封面影本《傳真申請時檢附》
☐ 3.申請書《使用 APP 填寫時免附》

【注意事項】

1. 本項補助限新北市牙醫師公會會員
2. 每位會員每年僅補助乙次，透過 APP 申請醫責險，每次最高上限補助為 NT$1,200
3. 已申請過補助者，於下次申請補助時需與上次申請日期滿一週年，才可再申請。
4. 108 年已申請過醫責險的醫師，進入填寫，也可額外獲得 200 元的補助。

提醒您使用 APP 申請者，保單收據、存摺影本仍需傳真：02-89613715 至公會才算完成申請手續喔！