

# 受資助社會服務機構醫療保險資助計劃

## 離職人員表格

1. 機構名稱:\_\_\_\_\_

2. 電話:\_\_\_\_\_ 傳真:\_\_\_\_\_

茲通知社會工作局，下列名單為本機構離職人員資料，並聲明本機構將按保險公司的規定期限內向保險公司作出申報。

離職人員名單：

姓名	年齡	性別	身份證號碼	職稱	離職日期 (dd/mm/yyyy)

---

申請機構負責人簽署及機構蓋章

日期： 年 月 日

註:機構請傳真或遞交至受本局監管部門