

原住民族委員會 函

地址：24220新北市新莊區中平路439號北
棟15F

聯絡人：科員林健仔

聯絡電話：02-8995-3162

傳真電話：02-8521-1651

電子郵件：lcy08062@cip.gov.tw

受文者：花蓮縣政府

發文日期：中華民國113年2月29日

發文字號：原民社字第1130009552號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關本會「113年原住民團體意外保險」案，詳如說明，
請查照。

說明：本會「113年原住民團體意外保險」由本會賡續受理申請案
件，請依案件性質備妥申請人資料函送本會憑辦：

(一)意外亡故案：檢附申請人之除戶戶籍謄本(具詳細記事)
及死亡證明書(正本)或相驗屍體證明書各1份；如為交通
意外案，請併送道路交通事故當事人登記聯單及道路交
通事故初步分析研判表。

(二)意外失能案：檢附申請人之就診病歷及醫院診斷證明書
各1份。

正本：各縣市政府(含各直轄市及金門、連江兩縣)、原住民族地區五十五個鄉鎮市區
公所

副本：本會社會福利處



花府 113/02/29



1130041702