中國人壽保險(海 外)股份有限公司澳門分公司

CHINA LIFE INSURANCE(OVERSEAS) CO., LTD. **MACAU BRANCH**

頁數 ：

團體門診醫療索償申請表

投保公司 ： _____ 保單號碼: ： _____

通訊處 ： _____ 賠案編號 ： _____

員工編號	員工姓名	門診 / 診所起止日期	門診次數	醫院/診所醫生名稱	病　因	費　用	備　註

投　保　公　司

本保險公司收表日期 ：

_____

簽署蓋章