



新光產物保險股份有限公司

大專校院校外實習學生團體保險

學生名冊

投保期程：1 個月 2 個月 3 個月 4 個月 5 個月 6 個月  
7 個月 8 個月 9 個月 10 個月 11 個月 1 年

編號	學生姓名	身分證字號	出生年月日	身故受益人姓名	身故受益人身分證字號	與被保險人關係

本校計有上列學生共 人，參加本學生團體保險，茲檢附名冊乙份計 頁暨縣市政府核准公文影本計 張，請查照。

此致

新光產物保險股份有限公司

投保學校名稱/系所名稱：

代 表 人： (簽章)

經 辦 人： (簽章)

中華民國 年 月 日