微型保險投保同意書

本人 同意本人及戶內列冊人口資料提供給富邦產險投保微型保險，如有提供不實或隱匿提供資料，願意放棄投保資格。

此致

高雄市政府社會局

本人(投保人): (簽名)

身分證字號:

電話/手機:

福利身分: □低收入戶 □中低收入戶

中華民國 年 月 日