

申請書（支票取消禁止背書轉讓或平行線）

本人持有 貴院所開立之支票乙紙如下：

支票日期：_____ 支票金額：_____ 支票號碼：

今因： 本人未於銀行開戶 其他：

擬向 貴院申請(僅能擇一申請)

取消禁止背書轉讓。

取消劃平行線。

日後如因該支票取消禁止背書轉讓或平行線所生任何爭議，致使 貴院遭受損失，本人願負一切法律責任並賠償 貴院因此所生之一切損失，特立此書。

此 致 高雄榮民總醫院

申 請 人(廠商請蓋公司及負責人印章)：

統一編號(身分證字號)：

地 址：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

高雄榮總出納組審核意見：

依事務管理手冊第四章付款二十一付款作業規定：於國庫專戶存管款項內支付之款項，除法令另有規定者外，應一律簽發抬頭支票，票面劃平行線二道，並註明禁止背書轉讓。但具備下列條件者，得予註銷平行線二道或禁止背書轉讓：(1)金額在新臺幣五十萬元以下。(2)受款人非屬政府機關。(3)非採郵寄方式。

擬 同意申請人申請

不同意申請人申請