

臺中市立臺中第一高級中等學校教職員工眷屬之全民健保異動申請書

本人(姓名)_____ (身分證字號_____); 出生日期_____年____月____日)

申請異動眷屬健保加、退保、轉出作業，填寫資料如下：

眷屬稱謂	稱謂代號*	姓 名	身分證字號	出生日期	異動項目	異動原因*	異動日期
				____年 ____月____日	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 轉出		____年 ____月____日
				____年 ____月____日	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 轉出		____年 ____月____日
				____年 ____月____日	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 轉出		____年 ____月____日
				____年 ____月____日	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 轉出		____年 ____月____日

(*) 請依下列資訊代號，填入對應欄位

眷屬稱謂代號	代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	稱謂	配偶	父母	子女	祖父母	孫子女	外祖父母	外孫子女	曾祖父母	外曾祖父母
		<i>跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書</i>								
異動原因	加保	1. 隨同被保險人加保 4. 結婚			2. 喪失被保險人身分 5. 收養		3. 新生嬰兒 6. 更換所依附之被保險人			
	退保	A. 領有身心障礙手冊或證明且不能自謀生活 H. 罹患本法所稱重大傷病且不能自謀生活 S. 在學就讀且無職業者			G. 應屆畢業或服兵役退伍 1 年內且無職業 P. 受監護宣告尚未撤銷					
	轉出	E. 失蹤滿六個月者			M. 死亡		U. 喪失全民健保法第 8 或第 9 條資格者			
		1. 轉換投保單位			2. 終止收養關係		3. 離婚			
		4. 年滿 20 歲未具或喪失續保資格			5. 改變依附對象		6. 自行就業			

注意事項：

- 姻親（公婆或岳父母）不可依附當眷屬加保。
- 投保單位為所屬外籍人士(被保險人)或隨同依附加保之外籍眷屬申請參加健保，均應依相關法令規範核實申報加保日期，檢附相關證明文件（如居留證、工作許可函影本），經本系統申報完成案件，如未依相關法令規範申辦加保者，健保署仍將依個案事實查核修正加保日。

申請單位：

申請人：

(親簽)

連絡電話：

申請日期：

年 月 日