

## 【臺中市政府】全民健保異動申請書

員工姓名：

服務單位：

職稱：

身分證字號：

聯絡電話：

申請日期：

序號	員工眷屬加保資料			出生日期	1. 異動狀態 (請勾選)					2. 異動原因 (請於 <input type="checkbox"/> 勾選其一)	3. 異動日期 (加保或退保之生效日)	備註
	姓名	身分證字號	稱謂		轉入	轉出	退保	停保	復保			
1										<input type="checkbox"/> 隨同被保險人加保 <input type="checkbox"/> 在學就讀且無職業 <input type="checkbox"/> 新生兒 <input type="checkbox"/> 應屆畢業或退役一年內 <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 子女求學出(回)國	年 月 日	
2										<input type="checkbox"/> 隨同被保險人加保 <input type="checkbox"/> 在學就讀且無職業 <input type="checkbox"/> 新生兒 <input type="checkbox"/> 應屆畢業或退役一年內 <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 子女求學出(回)國	年 月 日	
3										<input type="checkbox"/> 隨同被保險人加保 <input type="checkbox"/> 在學就讀且無職業 <input type="checkbox"/> 新生兒 <input type="checkbox"/> 應屆畢業或退役一年內 <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 子女求學出(回)國	年 月 日	
4										<input type="checkbox"/> 隨同被保險人加保 <input type="checkbox"/> 在學就讀且無職業 <input type="checkbox"/> 新生兒 <input type="checkbox"/> 應屆畢業或退役一年內 <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 子女求學出(回)國	年 月 日	
5										<input type="checkbox"/> 隨同被保險人加保 <input type="checkbox"/> 在學就讀且無職業 <input type="checkbox"/> 新生兒 <input type="checkbox"/> 應屆畢業或退役一年內 <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 子女求學出(回)國	年 月 日	

**說明：** 1. 異動狀態—加保之眷屬請勾選轉入、退保者請勾選轉出、死亡者請勾選退保、出國求學請勾選停保回國時再辦復保。

2. 異動原因—配偶及未滿20歲子女加保請勾選隨同被保險人加保、退保(轉出)者請勾選轉換投保單位、其餘請勾選所符合之原因。

3. 異動日期—轉入與轉出請填寫正確發生日期，以利保險人之權益及俾利核算保費。

4. 加保之眷屬請檢附原投保單位之健保轉出單及戶口名簿影本、子女年滿20歲之在學生且無職業請檢附學生證、畢業及退役一年內請檢附畢業證書及退役證明書、外籍配偶者請另檢附在台居留證。

申請人簽章：