

眷屬健保申請書

申請日期： 年 月 日

申請人		人員代號	
所屬單位		聯絡電話	

被保人姓名：_____ 與申請人關係：_____

開始日期：_____年_____月_____日

請勾選以下需辦理之健保事宜：

加入本校眷屬健保

新生嬰兒加保

須申領健保 IC 卡者請勾選：

貼照片：須填寫[健保 IC 卡申請表](#)

不貼照片：1.不須填寫健保 IC 卡申請表。

2.本組將自動通知健保局製發卡片不收費用。

3.日後若申請照片健保卡，需依健保局一般申請方式並繳交 200 元工本費。

其他(原因：_____)

檢附資料：請檢附證明文件影本（被保險人身分證或戶口名簿），如被保人原已參加健保，請隨附原投保單位退保申報表影本 1 份。

轉出本校眷屬健保（原因：_____）

申請本校眷屬停保（原因：_____）

申請本校眷屬復保（原因：_____）

申請保險對象變更事項（原因：_____）

其他申請項目：（原因：_____）

收件單位：人力資源處職能福利組（行政大樓 A111 室）

承辦人：

組長：