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：