

全民健康保險第一類保險對象投保（轉入）申報表

隸屬分局	

表號	
----	--

投保單位代號	
--------	--

投保者 (打√)	被 保 險 人				眷 屬				出生年月日	投保金額	合 於 投 保 條 件		核 定 生效日期
	本 人	眷 屬	姓 名	國民身分證統一編號	雇 主	姓 名	國民身分證統一編號	稱 謂			代 號	原 因	

投保單位名稱 負 責 人 經 辦 人	(單位圖記或印信)	(私章)	(私章)	受理號碼： 受理日期：	健 保 局 填 用	受 理	資 料 鍵 錄	資 料 校 對
----------------------------------	-----------	------	------	--------------------	-----------------------	--------	------------------	------------------