

# 全民健康保險保險對象投保（轉出）申報表

|      |  |
|------|--|
| 轄區分局 |  |
|      |  |
|      |  |

|    |  |
|----|--|
| 表號 |  |
|----|--|

|        |  |
|--------|--|
| 投保單位代號 |  |
|--------|--|

| 退保者<br>(打√) | 眷屬 | 被保險人 |           | 眷屬 |           | 退保(轉出)<br><br>原因 | 原因別<br>(打√) |        | 退保(轉出)<br><br>原因<br><br>發生日期 | 核定<br><br>生效日期 | 繳納最後<br>保險月份 | 原保有卡<br>持別有卡<br>健號 |
|-------------|----|------|-----------|----|-----------|------------------|-------------|--------|------------------------------|----------------|--------------|--------------------|
|             |    | 姓名   | 國民身分證統一編號 | 姓名 | 國民身分證統一編號 |                  | 退<br>保      | 轉<br>出 |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |
|             |    |      |           |    |           |                  |             |        |                              |                |              |                    |

|        |           |       |       |       |      |
|--------|-----------|-------|-------|-------|------|
| 投保單位名稱 | (單位圖記或印信) |       | 受理號碼： | 受理日期： |      |
| 負責人    | (私章)      | 健保局填用 | 受理    | 資料鍵錄  | 資料校對 |
| 經辦人    | (私章)      |       |       |       |      |