

全民健康保險第四類保險對象投保（轉入）申報表

投保單位代號											
支薪單位代號		單位全銜									
單位信箱											
身分別 (請打 V)	被保險人 姓名	國民身分證統一編號 (填寫居留證號碼者請於最後一格以英文字 母註明性別男 - M、女 - F)	出生 年月日	合於投保條件		投保分支單位 核定生效日期					
				原因	日期						
義務役	軍校生		年 月 日		年 月 日	年 月 日					
			年 月 日		年 月 日	年 月 日					
			年 月 日		年 月 日	年 月 日					
			年 月 日		年 月 日	年 月 日					
			年 月 日		年 月 日	年 月 日					
			年 月 日		年 月 日	年 月 日					
			年 月 日		年 月 日	年 月 日					
			年 月 日		年 月 日	年 月 日					
			年 月 日		年 月 日	年 月 日					
			年 月 日		年 月 日	年 月 日					
申 報 單 位											
申報日期	中華民國 年 月 日		承辦人	主管(管)	申請人簽章						
申報字號			(職官章)	(職官章)	(私章)						
軍用電話											
自動電話											
郵政信箱											
投保分支單位			備 註								
受理日期： 年 月 日 編號：											
承辦人	主管(管)										
(職官章)											

全民健康保險第四類（無依軍眷、在卹遺眷）轉入申報表

投保單位代號	4 1 0 0 0 0 0 2 9																				
被保險人 身分證號碼											姓名				出生日期	年	月	日			
支薪單位代號											單位全銜				階級代號	6	6	0	1		
通訊地址											住宅電話										
保險對象姓名	國民身分證統一編號 <small>(填寫居留證號碼者請於最後一格以英文字母註明性別男-M、女-F)</small>										出生年月日		合於投保條件		投保分支單位						
													原因	日期	核定生效日期						
											民國前國	年	月	日		年	月	日	年	月	日
											民國前國	年	月	日		年	月	日	年	月	日
											民國前國	年	月	日		年	月	日	年	月	日
											民國前國	年	月	日		年	月	日	年	月	日
											民國前國	年	月	日		年	月	日	年	月	日
											民國前國	年	月	日		年	月	日	年	月	日
											民國前國	年	月	日		年	月	日	年	月	日
											民國前國	年	月	日		年	月	日	年	月	日
申 報 單 位																					
申報日期	中華民國 年 月 日										承 辦 人	主 官 (管)	申請人簽章								
申報字號	號																				
軍用電話																					
自動電話																					
郵政信箱														(職官章)	(職官章)	(私章)					
投保分支單位											備 註										
受理日期： 年 月 日 編號：																					
承 辦 人					主 官 (管)																
(職官章)					(職官章)																

全民健康保險第四類保險對象轉出申報表

投保單位代號																				
支薪單位代號																				支薪單位全銜
被保險人										退保(轉出)			退保(轉出)	投保分支單位						
姓名	國民身分證統一編號										原	因	退保	轉出	原因發生日期	核定生效日期				
														年 月 日	年 月 日					
														年 月 日	年 月 日					
														年 月 日	年 月 日					
														年 月 日	年 月 日					
														年 月 日	年 月 日					
														年 月 日	年 月 日					
														年 月 日	年 月 日					
														年 月 日	年 月 日					

填 表 說 明

1. 本表供第四類保險對象辦理退保(轉出)時填用，由要保單位填寫二份送投保分支單位，並影印一份留存備查。
2. 退保原因請依下列規定詳細填寫：
 - (1) 喪失投保資格者，請於原因欄勾選「退保」：如死亡，失蹤滿六個月，在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行二個月以上，居留權期滿，出境戶籍辦理遷出，喪失中華民國國籍等。
 - (2) 轉換投保單位或改變投保身分者，請於原因欄內勾選「轉出」：如退伍、喪失遺眷身分、就業、年滿二十歲未具或喪失續保身分資格等。
3. 保險對象因轉換投保單位或改變投保身分辦理退保(轉出)手續時，投保分支單位完成審驗後，交要保單位一份轉交保險對象持往新投保單位辦理轉入。
4. 要保單位得依需要，以A4紙張印製或影印使用；本表保存年限五年。

申 報 單 位

申報日期	中華民國 年 月 日	承 辦 人	主 官 (管)	申請人簽章
申報字號	號			
軍用電話				
自動電話				
郵政信自		(職官章)	(職官章)	(私章)

投 保 分 支 單 位 備 註

受理日期： 年 月 日 編號：	
承 辦 人 主 官 (管)	(1) 保險對象自行申辦退保(轉出)時，請於「申請人簽章」欄簽名蓋章。 (2) 如由要保單位統一辦理時，「申請人簽章」欄保險對象免填。
(職官章) (職官章)	

全民健康保險第四類（國軍遺族）退保（轉出）申報

投保單位代號										4 1 0 0 0 0 0 2 9										支薪單位代號										單位全銜									
故										者										眷										屬									
姓名					國民身分證統一編號 <small>(填寫居留證號碼者請於最後一格以英文字母註明性別男-M、女-F)</small>					姓名					國民身分證統一編號 <small>(填寫居留證號碼者請於最後一格以英文字母註明性別男-M、女-F)</small>					轉出 (請打 V)					退保 (請填代號) E-失蹤 I-受刑 M-死亡 U-喪失在台灣 <input type="checkbox"/> 居留資格或戶籍遷出國外者					轉出、退保原因 發生日期					投保分支單位 核定生效日期				
																				轉換投保單位										年 月 日					年 月 日				
																				其他(請註明)										年 月 日					年 月 日				
																				轉換投保單位										年 月 日					年 月 日				
																				其他(請註明)										年 月 日					年 月 日				
																				轉換投保單位										年 月 日					年 月 日				
																				其他(請註明)										年 月 日					年 月 日				
																				轉換投保單位										年 月 日					年 月 日				
																				其他(請註明)										年 月 日					年 月 日				
																				轉換投保單位										年 月 日					年 月 日				
																				其他(請註明)										年 月 日					年 月 日				

填 表 說 明

1. 本表供保險對象辦理退保（轉出）時填用，一戶一表。
2. 保險對象因轉換投保單位或改變投保身分辦理退保（轉出）手續時，投保分支單位完成審驗後，一份轉交保險對象持往新投保單位辦理轉入。
3. 退保者請將健保卡繳回投保分支單位。
4. 各單位得依需要，以A 4紙張印製或影印使用；本表保存年限五年。

申 報 單

申報日期		承 辦 人		主 官 (管)		申請人簽章	
申報字號							
軍用電話							
自動電話							
郵政信箱							
		(職官章)		(職官章)		(私章)	

投 保 分 支 單 位		備 註	
受理日期：年 月 日 編號：			
承 辦 人 主 官 (管)			
(職官章)		(職官章)	

附件九

全民健康保險保險對象停、復保申報表

(如同時申報停、復保，請分別填寫一份)

表號：承表 M (停保) 承表 N (復保)

投保單位代號																	收 件 章			轄 區 分 局			分 局											
																				民國			年			月			日			申 報		
																				民國			年			月份第			號表					
停(復) 保(打 √)	被 保 險 人 (僅申報眷屬停復保時，仍應填寫本欄)										眷 屬										投保金額 (被保險人 複 保時填寫)		原因別(打√)						停、復保原因 發 生 日 期			本 停 後 異 別 (打√) 人 保 眷 屬 動 請 別 請 寫 核 生 效 日 期 (健保局 填)		
	本 眷 人 屬		姓 名					國民身分證統一編號 (居留證號碼)					姓 名					國民身分證統一編號 (居留證號碼)					停 保		復 保									
簽 章 欄		<p style="color: red;">被保險人辦理本人或眷屬出國停保者，請於閱讀下列文字後簽章：</p> <p style="color: red;">一、被保險人或代理人(受託人)已瞭解全民健康保險有關被保險人及眷屬出國辦理停、復保相關規定(詳申報表背面文字)。</p> <p style="color: red;">二、如尚有疑問，可洽健保局免付費電話 0800-212-369，0800-030-598，或至健保局網站查詢(網址：http://www.nhi.gov.tw)。</p> <p style="color: red;">被保險人簽章：</p> <p style="color: red;">代理人(受託人)簽章：</p> <p style="color: red;">備註：本表如填報2位以上被保險人，請於「被保險人簽章」或「代理人(受託人)簽章」後依序簽章。</p>																																
投保單位名稱：															健 保 局 填 用																			
通 訊 地 址 ：															受 理																			
電 話 ：															資 料 鍵 錄																			
負 責 人 ：															資 料 校 對																			
<div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block;"></div> (印章) 經 辦 人 ։ <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block;"></div> (印章)															歸檔 批頁號																			

辦理停、復保手續請參閱背面說明

填表說明、：

一、本表供保險對象辦理停、復保時填用，由投保單位填寫1份送中央健康保險局轄區分局，並影印1份留存備查。

二、保險對象有下列情形之一者，得辦理停保，停保期間不得使用健保IC卡就醫，其相關注意事項如下：

(一) 保險對象失蹤未滿6個月(請勾選代碼D)：

- 1、如失蹤者為被保險人，其眷屬應改按其他身分投保，請於「本人停保後眷屬異動別」的「轉出」欄打「√」。
- 2、保險對象辦理失蹤停保，需檢附警察機關報案三聯單。
- 3、保險對象失蹤後，於6個月內尋獲者，應檢附警察機關撤銷查尋人口紀錄之證明文件辦理註銷停保，並追溯自停保月份起補繳保險費。

(二) 保險對象預定出國6個月以上(請勾選代碼F)：

- 1、出國停保者如為被保險人，其相關眷屬請全部填寫於眷屬欄內，並於「本人停保後眷屬異動別」的適當欄位打「√」。
- 2、出國須每單次出境超過6個月以上，始符合停保資格。
- 3、保險對象出國6個月以上者，應自返國之日檢附戶籍謄本及入出境證明或護照全份影本辦理復保，並繳納保險費。
- 4、出國未達6個月，應註銷停保，並補繳保險費。

(三) 保險對象因案羈押2個月以上(請勾選代碼B)：

如羈押者為被保險人，其眷屬應改按其他身分投保，請於「本人停保後眷屬異動別」的「轉出」欄打「√」。

三、停、復保規定如有變更，以本局公告為準。

四、本表請以掛號郵寄(請將掛號執據貼於存底聯保存)或派人專送。

--	--	--	--	--

單位地址：

單位名稱：

電話：

投保單位代號：

請貼足郵票
掛號郵寄

--	--	--	--	--

中央健康保險局

分局啟

全民健康保險保險對象變更事項申報表

投保單位代號												支薪單位全銜							
支薪單位代號																			
資料變更人員 (打√)		姓名		國民身分證統一編號										變更項目		變更內容		投保分支單位 核定生效日期	
本人 眷屬																		年 月 日	
																變更前			
																變更後			
																變更前		年 月 日	
																變更後			
																變更前		年 月 日	
																變更後			
																變更前		年 月 日	
																變更後			
																變更前		年 月 日	
																變更後			
																變更前		年 月 日	
																變更後			
																變更前		年 月 日	
																變更後			
																變更前		年 月 日	
																變更後			
																變更前		年 月 日	
																變更後			
																變更前		年 月 日	
																變更後			
說 明																			
<p>1.本表供保險對象資料變更時使用，由要保單位填寫一份送投保分支單位辦理變更，並影印一份留存備查。</p> <p>2.變更項目：保險對象之國民身分證統一編號、姓名、出生日期、通訊地址、住宅電話等。</p> <p>3.要保單位得依需要，以A4紙張印製或影印使用；本表保存年限三年。</p>																			
申 報 單 位																			
申報日期		中華民國 年 月 日																	
申報字號		號																	
軍用電話																			
自動電話																			
郵政信箱																			
		(職官章) (職官章) (私章)																	
投 保 分 支 單 位										備 註									
受理日期： 年 月 日 編號：																			
承 辦 人 主 官 (管)																			
(職官章)										(職官章)									

全民健康保險要保單位變更事項申報表

要保單位 支薪代號		信箱號碼		薪餉驗放 財務單位	
駐地縣市	連絡電話		自動 ()		
			軍用		
要保單位 全 銜					
申 報 原 因	<input type="checkbox"/> 新成立之要保單位 <input type="checkbox"/> 駐地遷移 <input type="checkbox"/> 薪餉驗放之財務單位變更 (請於適當欄位打 V) <input type="checkbox"/> 支薪代號變更(原支薪代號：) <input type="checkbox"/> 要保單位裁併				
申 報 單 位					
日 期	字 號	承 辦 人	主 管	主 管	位 官
年 月 日	號	(職官章)	(職官章)	(職官章)	(職官章)
投 保 分 支 單 位 審 查 簽 證					
受理日期	編 號	承辦人簽章 (登錄或修正要保單位名冊)		主 (管) 官	
年 月 日	號				

