

全民健康保險第一類保險對象投保（轉入）申報表

投保單位代號		(志願役及軍保聘雇請填 110075931，勞保聘雇請填 126840391)											
保險人 身分證號碼		姓 名		出生日期		年 月 日							
任官(職)日期 (不含臨時聘雇)		年 月 日		階級代號		保險類別 (打 V)		軍保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/>					
支薪單位代號		單位全銜											
任職單 位	軍用電話		住宅電話		健保卡 (打 V)		已領卡						
	自動電話						未領卡待辦						
通訊地址													
投保者 (打V)	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		
本人	眷屬												
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：						(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。							
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 <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 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)		(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)																

全民健康保險第一類保險對象退保（轉出）申報表

投保單位代號			支薪單位代號										單位全銜																
退保（轉出）者（打V）	被 保 險 人 眷 屬												退 保 (請填代號)		轉出、退保原因	投保分支單位													
本人	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)	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	發 生 日 期	核定生效日期		
			退 伍、離 職 轉換投保單位 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，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. 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。
3. 退保者請將健保卡繳回投保分支單位。
4. 要保單位得依需要，以A 4紙張印製或影印使用；本表保存年限五年。

申	報												單		位			
申報日期			中華民國 年 月 日										申報字號		承 辦 人	主 官 (管)		申請人簽章
軍用電話																		
自動電話																		
郵政信箱																		

備 註

- (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。

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 位

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)	

全民健康保險被保險人之年滿二十歲卑親屬續保申報表

投保單位代號																													
支薪單位代號					單位全銜																								
被保險人基本資料										年滿二十歲二親等內直系血親卑親屬										續保原因 (請勾選，如說明 2)					投保分支單位 核定生效日期				
姓名		國民身分證 統一編號			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>			出生年月日					S	P	A	H	G									

										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. 本表供保險對象之直系血親卑親屬（子女、孫子女、外孫子女）年滿二十歲當月底前，由要保單位填寫一份併相關證明文件送投保分支單位，並影印一份留存備查。
2. 續保原因代碼：：
 - (1) 在學就讀且無職業者—S。
 - (2) 受禁治產宣告尚未撤銷—P。
 - (3) 領有身心障礙手冊且不能自謀生活—A。
 - (4) 重大傷病且無職業—H。
 - (5) 應屆畢業自當學年度終了或服兵役退伍日起一年內且無職業者—G。
3. 眷屬的續保原因消失時，應辦理轉出，並改以適法身分投保；續保原因變更時，則應填寫本申請表辦理變更。
4. 被保險人二親等內直系血親卑親屬，於年滿二十歲後才具有上述原因合於眷屬身分投保者，請另填投保申報表辦理投保。
5. 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										(職 官 章) (職 官 章) (私 章)									
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 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 (打 √)	核 生 效 日 期 (健 保 局 填 寫)			
	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	預 定 出 國 六 個 月 (F)	失 蹤 未 滿 六 個 月 (D)	羈 押 二 個 月 以 上 (B)									出 國 逾 六 個 月 返 國
<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			資料 鍵 錄			資料 校 對							
電 話：															歸檔 批 頁 號													
負 責 人：																												
															(印章) 經 辦 人：			(印章)										

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			
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				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															
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				

全民健康保險保險對象變更事項申報表 (投保分支單位專用)

表號	承表 R
----	------

轄區分局	分局
民國 年 月 日 申報	
民國 年 月份第	號表

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

(本表專供第一類至第四類及第六類被保險人之投保單位填用)

原 報 資 料												變 更 後 情 形 (本欄僅須填寫需要變更的項目)						核 定		備 註					
姓 名		國民身分證統一編號 (外僑居留證號)										姓 名		國民身分證統一編號 (外僑居留證號)				出生年月日 (民前出生者請加註「-」)		卷 屬		生 效 日 期 (健保局填寫)		備 註	

說明 一、本表供第一類至第四類及第六類被保險人或其眷屬辦理變更資料時填用，由投保單位填寫一份送中央健保局轄區分局，並影印一份留存備查
 二、被保險人或其眷屬變更姓名、身分證統一編號、出生年月日，應檢送國民身分證或戶籍證明文件影本。

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

