

國立聯合大學教職員「全民健康保險」異動申請表

一、被保險人資料：

單位		職稱		姓名	
身分證字號		聯絡電話		生日	年 月 日
異動類別	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 轉出 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 停保 <input type="checkbox"/> 復保 <input type="checkbox"/> 變更基本資料				
生效日期	年 月 日	身心障礙者	<input type="checkbox"/> 極重或重 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度		

二、眷屬基本資料：

1	姓名		稱謂		身分證字號		出生日期	年 月 日
	異動類別	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 轉出 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 停保 <input type="checkbox"/> 復保 <input type="checkbox"/> 變更基本資料						
	生效日期	年 月 日		身心障礙者	<input type="checkbox"/> 極重或重 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度			
2	姓名		稱謂		身分證字號		出生日期	年 月 日
	異動類別	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 轉出 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 停保 <input type="checkbox"/> 復保 <input type="checkbox"/> 變更基本資料						
	生效日期	年 月 日		身心障礙者	<input type="checkbox"/> 極重或重 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度			
3	姓名		稱謂		身分證字號		出生日期	年 月 日
	異動類別	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 轉出 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 停保 <input type="checkbox"/> 復保 <input type="checkbox"/> 變更基本資料						
	生效日期	年 月 日		身心障礙者	<input type="checkbox"/> 極重或重 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度			

※注意事項：

- 一、眷屬加保者為新生兒，請檢附戶口名簿或出生證明影本乙份及請領健保 IC 卡申請表。
- 二、被保險人或眷屬變更姓名、身分證號、出生年月日，應附身份證正反面影本或戶口名簿影本。
- 三、預計出國 6 個月以上者，可辦理停保，申請停保時請於出國前 2 個星期辦理。
- 四、因出國停保者於返國復保時，請加印整本護照。
- 五、身心障礙者，應附身心障礙手冊影本。
- 六、已年滿 20 歲之子女辦理眷屬加保者，請附在學證明文件(如學生證影本等)。
- 七、外籍人士投保請附居留證正反面影本，眷屬加保日自居留滿 6 個月起加保。
- 八、健保不得重複加保，上列加保之眷屬，除新生兒外，請務必於原加保單位完成轉出手續，以免重複加保。

簽章：_____

申請日期： 年 月 日