

# 全民健康保險 第六類保險對象變更事項申請表

承表五

**壹、保險對象** (被保險人或眷屬原申報資料)

填表日期      年      月      日

國民身分證統一編號：  
(居留證號)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

姓                      名                      :

**貳：變更項目** (請勾選變更項目，並填寫變更項目資料即可)

國民身分證統一編號：  
(居留證號)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

姓                      名                      :

出生年月日：

民	年	月	日

<input type="checkbox"/> 戶籍地址	郵遞區號													
				縣	鄉鎮	村里	路	街	段	巷	弄	號	樓	室
				市	市區	鄰								
<input type="checkbox"/> 通訊地址	郵遞區號			<input type="checkbox"/> 同戶籍地址										
				縣	鄉鎮	村里	路	街	段	巷	弄	號	樓	室
				市	市區	鄰								
聯絡電話				(公)				(宅)						

被保險人電話號碼： \_\_\_\_\_

眷屬稱謂代號：

稱謂          代號

	—	
--	---	--

**參、被保險人簽章：**

代理人(委託人)簽章：

\_\_\_\_\_

(蓋章)

**肆、填表說明：**

- 一、被保險人或其眷屬變更資料時，被保險人應填寫本表一份送戶籍所在地的鄉(鎮、市、區)公所。
- 二、被保險人或其眷屬變更國民身分證統一編號、姓名、出生年月日、或被保險人變更戶籍地址，或眷屬變更稱謂代號時，應檢具國民身分證或戶籍證明文件影本供投保單位經辦人查核。
- 三、眷屬稱謂及代號請依下列規定填寫：

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9
稱謂	配偶	父母	子女	祖父母	孫子女	外祖父母	外孫子女	曾祖父母	外曾祖父母

- 四、本局於受理並完成變更資料時，將註銷原使用之健保 I C 卡，故請保險對象另填「請領健保 I C 卡申請表」，並繳交工本費二〇〇元，申請換發新卡。

**伍、投保單位審核結果**

本表各欄與證明文件記載是否相符	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	投保單位 圖 記	經辦人 簽 章	
-----------------	----------------------------	----------------------------	-------------	------------	--

投保單位代號：

投保單位名稱：