

全民健康保險

第六類保險對象投保(轉入)申請表

承表一

填表日期： 年 月 日

壹、被保險人(只辦理眷屬投保、轉入時，請同時填寫被保險人的國民身分證統一編號、姓名、身分別及眷屬資料。)

國民身分證統一編號 (或填寫居留證號碼)	姓名	出生年月日			身分別 榮民 <input type="checkbox"/> 榮民眷 <input type="checkbox"/> 遺民 <input type="checkbox"/> 地區 <input type="checkbox"/> 人口 <input type="checkbox"/>	合於投保條件原因 (原因詳背面說明四)	合於投保日期			
		民前	年	月			日	年	月	日
戶籍地址	郵遞區號	縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓
通訊地址	郵遞區號	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址								
		縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓
聯絡電話	電話：	電子郵件信箱 @								
電話	手機：	電子郵件信箱供健保卡註冊使用，請參閱背面填表說明。								

貳、眷屬

國民身分證統一編號 (或填寫居留證號碼)	姓名	出生年月日			稱謂	代號	合於投保條件原因 (原因詳背面說明五、六)	合於投保日期		
		民前	年	月				日	年	月

參、法定代理人：【未滿20歲切結加保之被保險人，請加填法定代理人及附上法定代理人證明文件】

姓名	身分證號	住址	電話	與被保險人關係

肆、被保險人簽章：

受託人簽章：

(蓋章)

被保險人不能親自辦理原因

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： 62000

投保單位名稱： 公所

104年10月 改版

104.10.2000本

【填表說明詳背面】

第一聯：公所存查(米白色)

全民健康保險

第六類保險對象投保(轉入)申請表

承表一

填表日期： 年 月 日

壹、被保險人(只辦理眷屬投保、轉入時，請同時填寫被保險人的國民身分證統一編號、姓名、身分別及眷屬資料。)

國民身分證統一編號 (或填寫居留證號碼)	姓 名	出生年月日				身 分 別			合於投保條件原因 (原因詳背面說明四)	合於投保日期		
						榮 民	榮 民	遺 眷		地 區	口	年
		民 前	年	月	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
戶籍地址	郵遞區號	縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓		
通訊地址	郵遞區號	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址										
		縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓		
聯 絡	電話：	電子郵件信箱			@							
電 話	手機：	電子郵件信箱供健保卡註冊使用，請參閱背面填表說明八										

第二聯：由公所送健保署留存(黃色)

貳、眷 屬

國民身分證統一編號 (或填寫居留證號碼)	姓 名	出生年月日				稱 代 謂 號	合於投保條件原因 (原因詳背面說明五、六)	合於投保日期		
		民 前	年	月	日			年	月	日

參、法定代理人：【未滿20歲切結加保之被保險人，請加填法定代理人及附上法定代理人證明文件】

姓 名	身 分 證 號	住 址	電 話	與被保險人關係

肆、被保險人簽章：

受託人簽章：

(蓋章)

被保險人不能親自辦理原因

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： 62000

投保單位名稱：

公所

104年10月 改版

104.10.2000本

【填表說明詳背面】

全民健康保險

第六類保險對象投保（轉入）申請表

承表一

填表日期： 年 月 日

壹、被保險人(只辦理眷屬投保、轉入時，請同時填寫被保險人的國民身分證統一編號、姓名、身分別及眷屬資料。)

國民身分證統一編號 (或填寫居留證號碼)	姓 名	出生年月日				身 分 別	合於投保條件原因 (原因詳背面說明四)	合於投保日期					
		民前	年	月	日			榮 民	榮 民	遺 眷	地 區	口	年
戶籍地址	郵遞區號	縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓			
通訊地址	郵遞區號	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址											
		縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓			
聯 絡	電話：	電子郵件信箱		@									
電 話	手機：	電子郵件信箱供健保卡註冊使用，請參閱背面填表說明八											

第三聯：由被保險人留存(黃色)

貳、眷 屬

國民身分證統一編號 (或填寫居留證號碼)	姓 名	出生年月日				稱 代 謂 號	合於投保條件原因 (原因詳背面說明五、六)	合於投保日期				
		民前	年	月	日			年	月	日		

參、法定代理人：【未滿20歲切結加保之被保險人，請加填法定代理人及附上法定代理人證明文件】

姓 名	身 分 證 號	住 址	電 話	與被保險人關係

肆、被保險人簽章：

受託人簽章：

(蓋章)

被保險人不能親自辦理原因

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"/>	投保單位	經辦人	簽 章
	否 <input type="checkbox"/>	圖 記		

投保單位代號： 62000

投保單位名稱： _____ 公所

104年10月 改版

104.10.2000本

【填表說明詳背面】