

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)

國民身分證統一編號：
(居留證號碼)

填表日期 年 月 日

姓 名：_____

出生年月日：

民 前	年	月	日
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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：
(居留證號碼)

姓 名：_____

出生年月日：

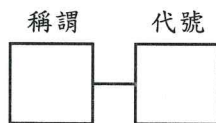
民 前	年	月	日
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

注意事項：

保險對象申請變更姓名、身分證字號、出生年月日者，請另加填(請領健保卡申請表)，並繳交工本費200元申請換發新卡，如僅變更地址者，不需重新申請健保卡。

<input type="checkbox"/> 戶籍地址	郵遞區號	縣 鄉 鎮 村 里 路 段 巷 弄 號 樓 市 市 區 鄰 街
<input type="checkbox"/> 通訊地址	郵遞區號	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 ◆變更通訊地址者，請務必填寫正確電話，以利再次確認◆ 縣 鄉 鎮 村 里 路 段 巷 弄 號 樓 市 市 區 鄰 街
聯絡電話		(宅) (行動電話)

眷屬稱謂代號：



※未滿20歲被保險人，請加填下列資料

法定代理人姓名：_____

法定代理人身分證字號：

與被保險人關係：_____

參、被保險人簽章：

代理人(受託人)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	0	p
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	其他榮民遺眷	受監護人

- 四、本署於受理並完成變更保險對象基本資料(姓名、身分證字號、出生年月日)時，將註銷原使用之健保卡，故請保險對象另填「請領健保卡申請表」，並繳交工本費二〇〇元，申請換發新卡。

五、未滿20歲之被保險人變更資料，請加填法定代理人相關資料。

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： _____

第一聯：公所或健保署存查(白色) 第二聯：保險對象收執(紅色)

