

聲 明 書

一、聲明人： (身分證字號：)

依全民健康保險法規定應依附(姓名：)

(身分證字號：)加保，今因特殊原因欲獨立加保

於區公所願提供配偶或子女資料以供查證。若經查證有規避保費事宜，則依健保法第91條追溯合於投保條件之日起補辦投保並處以罰鍰。

茲因下列何種原因無法依附：請擇一勾選。

- (祖)父母或子女以眷屬身分投保。
- 配偶或父母或子女以福保身分投保。
- 配偶或父母或子女入監服刑。
- 與配偶或子女失聯，無規避保費事宜。
- 離婚，無子女或子女失聯或子女未成年，無規避保費事宜。
- 其他。_____

致未能依附加保，今欲以第六類第二目地區人口身分投保，願自行負擔該全民健康保險保險費，特此聲明。

二、以上聲明若有不實，聲明人(代理人)願負一切法律責任。

此 致

衛 生 福 利 部 中 央 健 康 保 險 署 高 屏 業 務 組

聲明人： (簽章)

身分證字號：

住址：

聯絡電話：

代理人： (簽章)

身分證字號：

中 華 民 國 年 月 日