

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：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 (居留證號)	姓 名	出生年月日	身 分 別	合於投保條件原因(原因詳說明三)	已請領IC卡	合於投保日期											
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">民前</td> <td style="width: 5%;">年</td> <td style="width: 5%;">月</td> <td style="width: 5%;">日</td> </tr> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">榮民</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">榮遺民眷</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">地人區</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">路</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	民前	年	月	日	榮民	<input type="checkbox"/>	榮遺民眷	<input type="checkbox"/>	地人區	<input type="checkbox"/>	路	<input type="checkbox"/>		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	年 月 日
民前	年	月	日														
榮民	<input type="checkbox"/>	榮遺民眷	<input type="checkbox"/>														
地人區	<input type="checkbox"/>	路	<input type="checkbox"/>														
戶籍地址	郵遞區號	縣 鄉鎮 村里	路 段 巷 弄 號 樓 室														
		市 市區 鄰 街															
通訊地址	郵遞區號	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址	縣 鄉鎮 村里 路 段 巷 弄 號 樓 室														
		市 市區 鄰 街															
聯絡電話	(公)		(宅)														

貳、眷屬

國民身分證統一編號 (居留證號)	姓 名	出生年月日			稱 代 謂 號	合於投保條件原因(原因詳說明四、五)	已請領IC卡	合於投保日期		
		民前	年	月				日	年	月
							是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
							是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
							是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
							是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
							是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			

參、被保險人簽章：

法定代理人或受託人簽章：

(蓋章)

※如尚未請領 IC 卡者，請另填寫 IC 卡申請表

法定代理人身分證統一編號：

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

電 話：

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

與被保險人關係：

肆、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：

※ 填表時，請參閱下頁說明。

肆、填表說明：

一、被保險人或眷屬合於投保條件時，被保險人填寫本表一戶籍地的鄉（鎮、市、區）公。
 眷屬稱謂及代號請下定填寫：

代號									
稱謂									
投保，請另相關證明文件或明									

三、被保險人合於投保條件的原因請詳，如榮民身分、籍四月、轉投保單位。

四、眷屬合於投保條件的原因請詳，如：被保險人身分、生、結、籍四月、。

五、年屬，合於投保條件下原因，請下代號填寫：

代號					
原因		受 尚未	領身 生稱 生	符合本法第三六條	年 日一年或 日一年

六、未法辦理投保者，人代辦保。