

全民健康保險

第六類保險對象退保（轉出）申請表

承表二

填表日期： 年 月 日

壹、被保險人（只辦理眷屬退保時，請於內打✓，並須同時填寫被保險人的國民身分證統一編號、姓名及眷屬資料。）

國民身分證統一編號 (居留證號)	姓 名	出 生 日 期				稱 代 號	<input type="checkbox"/> 轉換投保單位、改變投保身分 <input type="checkbox"/> E-失蹤滿六個月 <input type="checkbox"/> I-受刑 <input type="checkbox"/> M-死亡 <input type="checkbox"/> U-喪失投保資格	原因發生日期		
		民前	年	月	日			年	月	日

貳、眷屬

國民身分證統一編號 (居留證號)	姓 名	出 生 日 期				稱 代 號	<input type="checkbox"/> 轉換投保單位、改變投保身分 <input type="checkbox"/> E-失蹤滿六個月 <input type="checkbox"/> I-受刑 <input type="checkbox"/> M-死亡 <input type="checkbox"/> U-喪失投保資格	原因發生日期		
		民前	年	月	日			年	月	日

參、退保者原投保戶籍地址：

戶籍地址	郵遞區號		縣 鄉鎮 村里 路									
			市 市區 鄰 街 段 巷 弄 號 樓 室									
聯絡電話			(公)					(宅)				

肆、轉換新投保單位者請填寫下列資料：

轉入新投保單位名稱	投保單位代號	聯絡電話	加保日期		
			年	月	日

伍、被保險人簽章：

代理人（受託人）簽章：

(蓋章)

陸、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。

填表說明：

一被保險人 眷屬辦理退保時，被保險人 填寫本表一 戶籍 地的鄉（鎮、市、區）公 經辦人於審核簽章， 一 保險對象 新投保單位辦理投保 。

二請 退保原因於□內打✓：

（一）轉換投保單位 改變投保身分者： 被保險人 戶籍 地 被保險人 眷屬轉 換 類被保險人 眷屬 眷屬 、 、年滿二 屬 眷 屬 保資格 。

（二）代號： 、 受刑 受保 分、 分 者。

期， 二個月 下 受保 分 者， 。

代號： 居留 期滿 出 戶籍辦理 出 喪失 民國國籍 。

眷屬稱謂及代 請 下列 填寫：

代號									
稱謂									

被保險人退保時，眷屬 同退保，改 身分投保。退保原因 失蹤滿六個月、受 刑、死亡、喪失投保資格者， 相 證明文件 辦理，並 健保 。

保險對象的 ， 加保及 健保 ，被保險人 眷屬轉換投保單 位， 因 戶籍 地的鄉（鎮、市、區）公 辦理退保申 ，請受理轉入加 保的投保單位， 本表 轉入加保者填寫。並請 填 、 郵 ， 原戶籍 地加保 公 民 （ 健保 ） 。