全 民 健 康 保 險

第六類保險對象變更事項申請表

承表五

填表日期：　　年　　月　　日

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）

姓　　名：

貳、變更項目（請勾選變更項目，並填寫並更項目資料即可）

□ 國民身分證統一編號（居留證號）

□ 姓　　名　　：

□ 出 生 年 月 日 ：民國（前）　　年　　月　　日

□被保險人戶籍地址：　縣　市　鄉鎮　市區　村里　鄰　郵遞區號　路　街　段　巷　弄　號　樓　室

□被保險人通訊地址：　縣　市　鄉鎮　市區　村里　鄰　郵遞區號　路　街　段　巷　弄　號　樓　室

□被保險人電話：　（0　　）

□ 眷 屬 稱 謂 代 號 ：　稱謂　—　代號

參、被保險人簽章:

代理人（受託人）簽章：（蓋章）

肆、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：配偶－１、父母－２、子女－３、祖父母－４、孫子女－５、外祖父母－６、外孫子女－７、曾祖父母－８、外曾祖父母－９。

四、 被保險人或眷屬如有變更國民身分證統一編號（居留證號）、姓名、出生年月日時 IC 卡須重新製卡，請就近至郵局或健保局轄區分局填寫「請領健保 IC 卡申請表」，並繳納工本費 200 元。

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 □ 否 □	異　動 生效日期		投保單位 圖　記		經 辦 人 簽　章	

投保單位代號：

投保單位名稱：