

全民健康保險保險對象投保申報表

(本表專供第一至第三類被保險人的投保單位填用)

表號：承表 C D E F G H

收 件 章										分區業務組			業務組						
										民國	年	月	日	申報					
										民國	年	月份第		號	表				
投保單位代號													核定生效日期 (健保局填寫)						
投保者 (打V)	被 保 險 人										相 關 眷 屬			投保單位填寫 合於投保條件 原因(詳見說明七、八)			年 月 日		
本 人	眷 屬	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)				雇 主 加 保 請 打 V	投保金額 (元) (詳見說明四、五)		姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)				稱 謂	代 號			
			出生年月日(民前出生者請加「-」)								出生年月日(民前出生者請加「-」)						原 因 詳見說明七		
			年	月	日				年	月	日			日期 年 月 日			詳見說明七		
			出生年月日(民前出生者請加「-」)								出生年月日(民前出生者請加「-」)						原 因 詳見說明七		
			年	月	日				年	月	日			日期 年 月 日			詳見說明七		
			出生年月日(民前出生者請加「-」)								出生年月日(民前出生者請加「-」)						原 因 詳見說明七		
			年	月	日				年	月	日			日期 年 月 日			詳見說明七		
			出生年月日(民前出生者請加「-」)								出生年月日(民前出生者請加「-」)						原 因 詳見說明七		
			年	月	日				年	月	日			日期 年 月 日			詳見說明七		
投保單位名稱：										健 保 局 填 用									
通 訊 地 址：										受 理			資 料 鍵 錄			資 料 校 對			
電 話：										歸 檔									
負 責 人：										批 頁 號									
(印章) 經 辦 人：																			
(印章) 單 位 圖 記 或 印 信																			

※ 首次參加健保者(如新生嬰兒、新聘外籍勞工)，請另填「請領健保 IC 卡申請表」，申請健保 IC 卡。
 ※ 填表時，請參閱背面說明。

請貼足
郵票
掛號郵寄

填表說明：

- 一、本表供第一類至第三類被保險人及其眷屬辦理投保時填用，請影印 1 份留存備查。
- 二、被保險人及其眷屬同時投保時，請分別各填一列；投保者是眷屬時，亦需填寫被保險人基本資料。
- 三、全民健康保險保險效力自合於投保條件之當日零時起生效。
- 四、全民健康保險被保險人之薪資高於勞工保險「投保薪資分級表」最高級為高者，仍應按「全民健康保險投保金額分級表」實際級數申報。
- 五、全民健康保險之投保金額不得低於勞工保險之投保薪資。
- 六、眷屬稱謂代號請依下列規定填寫：

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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
跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書。									

- 七、「合於健保投保條件」之「原因」欄請詳列，如到職、任職、復職、入會、新生嬰兒、結婚、收養、改變身分投保、更換所依附之被保險人、入境及跨親等（眷屬稱謂欄代號 4-9 者）等。
- 八、年滿二十歲二親等內直系血親卑親屬：如子女、孫子女、外孫子女，以眷屬身分投保時請依所列英文符號加註於「合於健保投保條件」之「年滿二十歲卑親屬加保原因」欄內：

符號	原因
S	在學就讀且無職業
P	受禁治產宣告尚未撤銷
A	領有身心障礙手冊且不能自謀生活
H	罹患符合本法第 36 條所稱重大傷病且無職業
G	應屆畢業自當學年度終了之日起一年內且無職業或服兵役退伍自退伍日起一年內且無職業

- 九、本表請以掛號郵寄（請將掛號執據貼於存底聯保存）或派人專送。

□□□-□□

單位地址：
單位名稱：
電話：
投保單位代號：

□□□-□□

行政院衛生署中央健康保險局 業務組啟

黏貼裝訂請勿超過此裁切線

黏貼裝訂請勿超過此裁切線