

全民健康保險

第六類保險對象退保申請表

承表二

填表日期 109年7月17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			退保原因	原因發生日期						
		年	月	日	<input checked="" type="checkbox"/> C-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"/> M-死亡 <input type="checkbox"/> U-喪失投保資格	年	月	日				
A 1 2 3 4 5 6 7 8 9	曾健康	07	5	4	1	2	10	9	0	7	1	7

貳、眷屬

國民身分證統一編號 (居留證號碼)	姓名	出生日期			稱謂	代號	退保原因	原因發生日期						
		年	月	日			<input checked="" type="checkbox"/> C-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"/> M-死亡 <input type="checkbox"/> U-喪失投保資格	年	月	日				
A 2 2 1 1 3 4 5 6 7	林阿美	07	7	01	2	3	妻	1	10	9	0	7	1	7

參、退保者原投保戶籍地址：

戶籍地址	郵遞區號	縣	鄉鎮	00	村里	00	路	街	0段	0巷	0弄	00號	4樓
	2 2 0	新	北	市	板	橋	市	區	00	鄰			
聯絡電話	(公)		(宅)		(手機) 0912345678								

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				
XX 股份有限公司	1 2 3 4 5 6 7 8 9	02-22111234	1	0	9	0	7	1	7

伍、被保險人簽章：

代理人(委託人) 簽章：曾健康



(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： 620000268

投保單位名稱： 新北市板橋區公所

※填表時，請參閱背面說明。

填表說明：

一、被保險人或其眷屬辦理退保時，被保險人應填寫本表一份送戶籍所在地的鄉(鎮、市、區)公所；經辦人於審核簽章後，影印一份交保險對象持往新投保單位辦理投保手續。

二、請依退保原因於內打V：

(一) 轉換投保單位或改變投保身分者：指被保險人遷移戶籍所在地；被保險人或眷屬轉換為其他類被保險人或眷屬；眷屬終止收養關係、離婚、年滿二十歲卑親屬不具眷屬續保資格等。

(二) 代號U：指居留權期滿；出境戶籍辦理遷出；喪失中華民國國籍等。

三. 眷屬稱謂及代碼請依下列規定填寫：

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	p
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	其他禁遺眷	受監護人
跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書											

四. 被保險人退保時，眷屬應隨同退保，改按其他身分投保。退保原因如為失蹤滿六個月、死亡、喪失投保資格者，應檢附相關證明文件始得辦理。

五. 為了維護保險對象的權益，避免重複加保及重複計算健保費，被保險人或眷屬轉換投保單位，若因故未能在戶籍所在地的鄉(鎮、市、區)公所辦理退保申報手續，請受理轉入加保的投保單位，直接將本表交給轉入加保者填寫。並請其填妥後，貼足郵票，逕寄原戶籍地加保之公所社會課(或健保課)。

掛號郵寄
請貼足郵票

市 縣

區市鎮鄉

市 區 鄉 鎮

聯絡電話：

寄件人地址：

公所

街 路

社會課

段

(健保課)

巷

收

弄

號

樓

