宋屋國小教職員工眷屬全民健康保險加退保等異動申請表

單位： 職稱： 姓名： 中華民國 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 類別  （請打ˇ） | | | 被保險人 | | | 眷屬 | | | | | 異動原因 |
| 眷屬  加保 | 眷屬  退保 | 投保  資料  更正 | 姓名 | 身份證字號 | 出生年  月日 | 稱謂 | 姓名 | 身份證字號 | 出生年  月日 | 生效日期  （***必填***） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 附註：   1. 本表請於各被保險人眷屬投保情形有異動時填列一份送人事主任辦理加退保等事宜，並請影印一份自存。 2. 辦理眷屬加保者請附該眷屬原投保單位退保通知影本一份（新生嬰兒加保請附戶籍謄本影本）俾憑辦理。 3. 申請辦理各項資料更正者（如姓名、身份證字號、出生年月日有誤），請附相關證明文件影本（如身份證、戶口名簿等）俾憑辦理。 4. 各項異動請於事實發生後半個月內填報，以利保費扣繳。 | | | | | | | | | | | |

申請人：