

國立高雄師範大學全民健康保險異動申請書

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|----------------|-----|
| 申請人 | 單 位 | | 職 稱 | | | |
| | 姓 名 | | 出生日期 | | 身分證字號 /居留證號 | |
| 申請人 之眷屬 基本資料 (申請 眷屬異動 時填寫) | 姓 名 | | 出生日期 | | 身分證字號 /居留證號 | 稱 謂 |
| | 姓 名 | | 出生日期 | | 身分證字號 /居留證號 | 稱 謂 |
| | 姓 名 | | 出生日期 | | 身分證字號 /居留證號 | 稱 謂 |
| 異動事項 (請勾選) | <input type="checkbox"/> 本人加保 | 本人於到職時，未申請加入健保，茲因_____，故自_____年_____月_____日起，辦理健保轉入。 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 眷屬轉入 | ◆自_____年_____月_____日起，辦理健保轉入。 <input type="checkbox"/> 隨同被保險人加保 <input type="checkbox"/> 在學就讀且無職業 <input type="checkbox"/> 應屆畢業自當學年度終了之日起一年內無職業 <input type="checkbox"/> 服兵役退伍自退伍日起一年內且無職業 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊或證明且不能自謀生活 <input type="checkbox"/> 受監護宣告尚未撤銷 <input type="checkbox"/> 罹患符合本法第三十六條所稱重大傷病且無職業 <input type="checkbox"/> 其他因素（請敘明：_____） | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 本人轉出 | 本人於到職時，已申請加入健保，茲因_____，故自_____年_____月_____日起，辦理健保轉出。 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 眷屬轉出 | ◆自_____年_____月_____日起，辦理健保轉出。 <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 改變依附對象 <input type="checkbox"/> 自行就業 <input type="checkbox"/> 終止收養關係 <input type="checkbox"/> 離婚 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 眷屬停保/復保 | <input type="checkbox"/> 停保 | 保險對象預定出國六個月以上 ◆自_____年_____月_____日起，辦理健保停保。 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 復保 | 返國復保：停保者應自返國日辦理復保手續；已辦理出國停保者，返國復保後，應屆滿三個月，始得再次辦理停保。 ◆自_____年_____月_____日起，辦理健保復保。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 本人退保/眷屬退保 | ◆茲因下述因素，故自_____年_____月_____日起，辦理健保退保。 <input type="checkbox"/> 死亡：檢附死亡證明 <input type="checkbox"/> 失蹤滿六個月或喪失全民健康保險法第8條或第9條資格者 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 本人/眷屬基本資料變更 | 檢附身分證影本及戶籍謄本 | | | | | |
| 說 明 事 項 | | 1. 新生兒以出生日期為加保日期。 2. 若眷屬為大陸或外籍人士，請檢附該名眷屬在臺灣居留滿6個月以上之居留證影本及戶口名簿或戶籍謄本。 3. 年滿20歲以上之子女辦理眷屬轉入者，僅能為上述合於投保原因。 4. 健保不得重複加保，上列加保之眷屬，除新生兒外，請務必於原加保單位完成轉出手續，以免重複加保。 | | | | |
| 申 請 人 簽 章 | | 申請日期：_____年_____月_____日 | | | | |

備註：為符合加保及退保時效，本表經當事人填妥，請即時送至人事室辦理。