

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	
	姓 名		出生日期		
				身分證字號 /居留證號	
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。