

**全民健康保險 首次投保新生嬰兒申請無照片 IC 卡**  
**第六類保險對象投保申請表 申請人簽名：**

承表一

填表日期 年 月 日

壹、被保險人(□只辦理眷屬投保、轉入時，請同時填寫被保險人的國民身分證統一編號、姓名、身分別及眷屬資料。)

國民身分證統一編號 (居留證號)		姓名	出生日期			身 分 別 榮 民 民 遺 地 人 民 民 眷 區 口 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	合於投保條件 原因(原因詳 說明三)	已請領 IC 卡 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	合於投保 日期		
			民 前	年	月				日	年	月
戶籍地址	郵遞區號	縣	鄉鎮	村里	路	段	巷	弄	號	樓	室
			市	市區	鄰	街					
通訊地址	郵遞區號	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址									
			縣	鄉鎮	村里	路	段	巷	弄	號	樓
		市	市區	鄰	街						
聯絡電話		(公)					(宅)				

貳、眷 屬

國民身分證統一編號 (居留證號)	姓名	出生日期			稱 謂	代 號	合於投保條件原 因(原因詳說明四 五)	已請領 IC 卡 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	合於投保 日期		
		民 前	年	月					日	年	月
							是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
							是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
							是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
							是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				

參、被保險人簽章：

(蓋章)

如為未滿 20 歲獨立投保者，請務必填寫法定代理人資料及聲明書。

受託人身分  
證統一編號：

法定代理人身  
分證統一編號：

電 話：

電 話：

被保險人不能  
親自辦理原因：

---

與被保險人關係：

---

受託人簽章：

(蓋章)

法定代理人簽章：

(蓋章)

## 肆、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：

投保單位名稱：

填表說明詳背面

## 填表說明：

- 一、被保險人或其眷屬合於投保條件時，被保險人應填寫本表一份送戶籍所在地的鄉(鎮、市、區)公所。
- 二、首次參加健保者(如新生嬰兒)，請另填「請領健保 I C 卡申請表」，申請健保 I C 卡。
- 三、眷屬稱謂及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。									

- 四、被保險人合於投保條件的原因請詳列，如：具有榮民身分且無職業、設籍滿四個月、轉換投保單位等。
- 五、眷屬合於投保條件的原因請詳列，如：喪失被保險人身分、新生嬰兒、結婚、設籍滿四個月、收養等。
- 六、年滿二十歲二親等內直系血親卑親屬，合於投保條件僅限下列原因，請依下列代號填寫：

代號	S	P	A	H	G
原因	在學就讀且無職業	受禁治產宣告尚未撤銷	領有身心障礙手冊且不能自謀生活	符合本法第三十六條所稱重大傷病且不能自謀生活	應屆畢業且無職業自當學年度終了之日起一年內或服兵役退伍且無職業自退伍之日起一年內

- 七、辦理投保時，請攜帶身分證、戶口名簿(或戶籍謄本)；榮民(榮民遺眷)身分及年滿 20 歲眷屬，需另檢附榮民證(榮民遺眷證)、學生證…等相關證明文件。