

全民健康保險 第六類保險對象變更事項申請表

承表五

壹、保險對象 (被保險人或眷屬原申報資料)

填表日期 年 月 日

國民身分證統一編號：
(居留證號)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

姓名：

出生年月日：

民	年	月	日

貳：變更項目 (請勾選變更項目，並填寫變更項目資料即可)

聯絡電話：(宅) _____ (手機) _____

國民身分證統一編號：
(居留證號)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

姓名：_____

出生年月日

民	年	月	日

通訊地址：縣 鄉鎮
市 市區

參：保險對象簽章：

章蓋

受托人簽章：

章蓋

受托人電話號碼：(宅)

：(手機)

肆、填表說明：

- 一、保險對象變更資料時，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、戶籍地變更鄉鎮時，請另辦理投保單位轉換(辦理原戶籍地公所轉出，新戶籍地公所轉入)，此表不適用。
- 三、變更國民身分證統一編號、姓名、出生年月日時，應檢具國民身分證或戶籍證明文件影本供投保單位經辦人查核。本局於受理並完成變更資料時，將註銷原使用之健保 IC 卡，故請保險對象另填「請領健保 IC 卡申請表」，並繳交工本費二〇〇元，申請換發新卡。

伍、投保單位審核結果

本表各欄與證明	是 <input type="checkbox"/>	投保單位		經辦人	
---------	----------------------------	------	--	-----	--

文件記載是否相符	否 <input type="checkbox"/>	圖 記		簽 章	
----------	----------------------------	-----	--	-----	--

投保單位代號：

投保單位名稱：