

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「請領健保卡申請表」，申請健保卡。
- 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	0	p
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	其他榮民遺眷	受監護人
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、設籍滿六個月、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、設籍滿六個月、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；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。