



眷屬異動申請書

會號：_____

姓 名		身分證號碼		聯絡電話	
應備文件					
眷屬 加保 應備文件：					
<input type="checkbox"/> 申請書					
<input type="checkbox"/> 眷屬戶口名簿或健保卡(其一)					
<input type="checkbox"/> 學生證正反面影本(年滿 20 歲以上子女需檢附)					
眷屬 退保 應備文件：					
<input type="checkbox"/> 申請書					
眷屬健保轉出/轉入基本資料 ※ <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 (請勾選辦理項目)					
申請日期	眷屬姓名	身分證號碼	出生年月日	稱 謂	
年 月 日			年 月 日	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
年 月 日			年 月 日	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
年 月 日			年 月 日	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
年 月 日			年 月 日	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
年 月 日			年 月 日	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
年 月 日			年 月 日	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
備註：					
新生兒加保健保是否申辦新生兒健保卡？					
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (新生兒加保起始日為出生日期)					
健保卡寄送地址：_____					