

# 全民健康保險

## 第六類保險對象變更事項申請表

承表五

填表日期： 年 月 日

### 壹、保險對象（被保險人或眷屬原申報資料）

國民身份證統一編號：

姓 名：\_\_\_\_\_

### 貳、變更項目（請勾選變更項目，並填寫變更項目資料即可）

國民身份證統一編號：

姓 名：\_\_\_\_\_

出生年月日：民國（前） 年 月 日

被保險人 縣 鄉鎮 村里 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 室  
戶籍地址 市 市區   街 街 巷 弄 號 樓 室  
郵遞區號

被保險人 縣 鄉鎮 村里 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 室  
通訊地址 市 市區   街 街 巷 弄 號 樓 室  
郵遞區號

被保險人電話：(0 )

眷屬稱謂代號：

參、被保險人簽章：\_\_\_\_\_

(蓋章)



### 肆、說明：

- 一、被保險人或其眷屬變更資料時，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、被保險人或其眷屬變更國民身份證統一編號、姓名、出生年月日、或被保險人變更戶籍地址，或眷屬變更稱謂代號時，應檢具國民身份證或戶籍證明文件影本供投保單位經辦人查核。
- 三、眷屬稱謂及代號請依下列規定填寫：配偶—1、父母—2、子女—3、祖父母—4、孫子女—5、外祖父母—6、外孫子女—7、曾祖父母—8、外曾祖父母—9。

### 伍、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"/>	異動生效日期	年 月 日	投保單位圖 記	經辦人簽 章
-----------------	---	--------	-------	---------	--------

投保單位代號：\_\_\_\_\_

投保單位名稱：連江縣莒光鄉公所