

全民健康保險

第六類保險對象投保(轉入)申請表

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 <small>(填寫居留證號碼者請於最後一格以英文字母註明性別男-M、女-F)</small>				姓 名		出生日期			身 分 別			合於投保條件原因 <small>(原因詳說明三)</small>			合於投保日期																										
						<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">民前</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>			民前	年	月	日					<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">榮民</td> <td style="text-align: center;">榮民</td> <td style="text-align: center;">遺眷</td> <td style="text-align: center;">地口</td> <td style="text-align: center;">人區</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			榮民	榮民	遺眷	地口	人區	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>			年	月	日			
									民前	年	月	日																													
榮民	榮民	遺眷	地口	人區																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
年	月	日																																							
戶籍地址		郵遞區號		連江縣莒光鄉 村 路 號 市 市區 鄰 街 段 巷 弄 號 樓 室																																					
通訊地址		郵遞區號		<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 縣 鄉鎮 村里 路 市 市區 鄰 街 段 巷 弄 號 樓 室																																					
聯絡電話				(0)				已申請轉帳代繳保險費				是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>																													

貳、眷 屬

國民身分證統一編號 <small>(填寫居留證號碼者請於最後一格以英文字母註明性別男-M、女-F)</small>				姓 名		出生日期			稱謂	代號	合於投保條件原因 <small>(原因詳說明四、五)</small>			合於投保日期														
						<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">民前</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>					民前	年	月	日								<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>			年	月	日	
民前	年	月	日																									
年	月	日																										

參、被保險人簽章：

(蓋章)

肆、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、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。
- 三、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。
- 四、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、設籍滿四個月、收養等。
- 五、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,請依下列英文符號填寫:S-在學就傷病且不能自謀生活、G-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。

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"/>	異 動				投保單位		經 辦 人	
	否 <input type="checkbox"/>	生 效 日 期	年 月 日			圖 記		簽 章	

投保單位代號: _____

投保單位名稱: 連江縣莒光鄉公所