

全民健康保險

第六類保險對象補中斷轉入、轉出申請表

被保險人(含眷屬)投保 僅眷屬投保 填表日期：____年____月____日

國民身分證統一編號	姓名	出生年月日 (民前出生者請註明「一」)	國民身分證統一編號	姓名	出生年月日 (民前出生者請註明「一」)	稱謂	代號
年 月 日		年 月 日			年 月 日		
身分別： <input type="checkbox"/> 地區人口 <input type="checkbox"/> 榮民、榮民遺眷 【請附身分證正、反面影本或戶口名簿影本】					年 月 日		
					年 月 日		
					年 月 日		
					年 月 日		
					年 月 日		
戶籍地址	連江縣莒光鄉 村 □□□ 路 段 弄 樓 市 市區 鄰 郵遞區號 街 巷 號 室 TEL: _____						
通訊地址	縣 鄉鎮 村里 □□□ 路 段 弄 樓 市 市區 鄰 郵遞區號 街 巷 號 室 TEL: _____						

◎補中斷轉入、出日期 投保單位名稱

<u>轉入日期</u>	<u>轉出日期</u>	<u>轉入日期</u>	<u>轉出日期</u>
1、 年 月 日	年 月 日	4、 年 月 日	年 月 日
2、 年 月 日	年 月 日	5、 年 月 日	年 月 日
3、 年 月 日	年 月 日	6、 年 月 日	年 月 日

被保險人簽章： _____ 蓋章



投保單位代號： _____

投保單位名稱： 連江縣莒光鄉公所

健保局核章		公所核章
-------	--	------