

全民健康保險保險對象投保申報表

表號：承表 C V D E F G H

(本表專供第一至第三類被保險人的投保單位填用)

收 件 章	分區業務組	臺北業務組
	民國 99 年 06 月 01 日 申報	
	民國 99 年 06 月份第	號表

投保單位代號	1 1 9 8 9 9 9 8 4
--------	-------------------

投保者 (打V)	被 保 險 人					相 關 眷 屬					投保單位填寫 合於投保條件 原因(詳見說明七、八)				核定生效日期 (健保署填寫)		
本 人	眷 屬	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)			投保金額 (元) (詳說明四、五)	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)			稱 代 謂 號	原 因	詳 見 說明七	到 職	年	月	日
V		張曉明	A 1 2 3 3 8 1 1 1 1		5 7 8 0 0							原 因	詳 見 說明七	到 職			
			出生年月日(民前出生者請加「-」)				出生年月日(民前出生者請加					日期	9 9 年 0 6 月 0 1 日				
			4 5 年 1 0 月 1 0 日			年 月 日											
V		張曉明	A 1 2 3 3 8 1 1 1 1			陳冬英	P 1 2 1 0 5 2 2 2 2	配 1		原 因	詳 見	眷屬依附					
			出生年月日(民前出生者請加「-」)				出生年月日(民前出生者請加					日期	9 9 年 0 6 月 0 1 日				
			4 5 年 1 0 月 1 0 日			4 7 年 0 7 月 0 7 日											
V		張曉明	A 1 2 3 3 8 1 1 1 1			張榮發	H 1 2 1 5 5 5 5 5 5	子 3		原 因	詳 見	眷屬依附					
			出生年月日(民前出生者請加「-」)				出生年月日(民前出生者請加					日期	9 9 年 0 6 月 0 1 日				
			4 5 年 1 0 月 1 0 日			7 8 年 1 1 月 0 3 日											
V		張曉明	A 1 2 3 3 8 1 1 1 1			簡惠珠	P 2 2 3 3 4 4 5 5 5	父 2		原 因	詳 見	眷屬依附					
			出生年月日(民前出生者請加「-」)				出生年月日(民前出生者請加					日期	9 9 年 0 6 月 0 1 日				
			4 5 年 1 0 月 1 0 日			2 0 年 0 1 月 0 9 日											

投保單位名稱：甄健康股份有限公司 通訊地址：台北市中山北路1段1001號 電話：02-22222222 負責人： 用印 (印章) 經辦人： 用印 (印章)					健保署填用 受理 資料鍵錄 資料校對 歸檔 批頁號				
用印 單位印信									

備註

一、首次參加健保者(如新生嬰兒、新聘外籍勞工)，請另填「請領健保卡申請表」，申請健保卡。
 二、專技自行執業者：被保險人係會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，請填「3」；其他專技人員請填「4」。
 三、填表時，請參閱背面說明。

請貼足
郵票
掛號郵寄

填表說明：

- 一、本表供第一類至第三類被保險人及其眷屬辦理投保時填用，請影印 1 份留存備查。
- 二、被保險人及其眷屬同時投保時，請分別各填一列；投保者是眷屬時，亦需填寫被保險人基本資料。
- 三、全民健康保險效力自合於投保條件之當日零時起生效。
- 四、全民健康保險被保險人之薪資高於勞工保險「投保薪資分級表」最高級為高者，仍應按「全民健康保險投保金額分級表」實際級數申報。
- 五、全民健康保險之投保金額不得低於勞工保險之投保薪資。
- 六、眷屬稱謂代號請依下列規定填寫：

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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
跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書。									

- 七、「合於健保投保條件」之「原因」欄請詳列，如到職、任職、復職、入會、新生嬰兒、結婚、收養、改變身分投保、更換所依附之被保險人、入境及跨親等（眷屬稱謂欄代號 4-9 者）等。
- 八、年滿二十歲二親等內直系血親卑親屬：如子女、孫子女、外孫子女，以眷屬身分投保時請依所列英文符號加註於「合於健保投保條件」之「年滿二十歲卑親屬加保原因」欄內：

符號	原因
S	在學就讀且無職業
P	受監護宣告尚未撤銷
A	領有身心障礙手冊且不能自謀生活
H	罹患符合本法第三十六條所稱重大傷病且無職業
G	應屆畢業自當學年度終了之日起一年內且無職業或服役退伍自退伍日起一年內且無職業

- 九、本表請以掛號郵寄（請將掛號執據貼於存底聯保存）或派人專送。

健保承保專用表格郵寄單位及地址

郵寄單位 (健保署轄區業務組)	地址	投保單位所在地
衛生福利部中央健康保險署 臺北業務組	10439 臺北市中山區中山北路 1 段 7 號 郵寄請寄： 10099 台北郵政 30-200 號信箱	臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣
衛生福利部中央健康保險署 北區業務組	32005 桃園縣中壢市中山東路 3 段 525 號	桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣
衛生福利部中央健康保險署 中區業務組	40709 台中市西屯區市政北一路 66 號	臺中市、南投縣、彰化縣
衛生福利部中央健康保險署 南區業務組	70006 台南市中西區公園路 96 號	雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市
衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組	80759 高雄市九如二路 157 號	高雄市、屏東縣、澎湖縣
衛生福利部中央健康保險署 東區業務組	97042 花蓮市軒轅路 36 號	花蓮縣、臺東縣

□□□-□□

單位地址：

單位名稱：

電話：

投保單位代號：

□□□-□□

衛生福利部中央健康保險署

業務組啟

黏貼裝訂請勿超過此裁切線

黏貼裝訂請勿超過此裁切線