天主教輔仁大學 教職員工眷屬 全民健康保險 加保申請表

106.4.20修正

壹、被保險人基本資料：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 服務單位 | 姓名 | 國民身分證統一編號  （居留證統一證號） | 出生日期 | | |
|  |  |  | 年 | 月 | 日 |
|  |  |  |  |  |  |

貳、異動眷屬資料：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 國民身分證統一編號  （居留證統一證號） | 出生日期 | | | 稱  謂 | 加保原因 | 生效日期 |
|  |  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 轉換投保單位(註1)  新生兒加保(註2)  回國復保(註3) | 年  月  日 |
|  |  |  |  |  |  | 轉換投保單位(註1)  新生兒加保(註2)  回國復保(註3) | 年  月  日 |
|  |  |  |  |  |  | 轉換投保單位(註1)  新生兒加保(註2)  回國復保(註3) | 年  月  日 |

參、 聯絡電話(公)：

申請人簽章： (宅)：

填表日期：106年4月18日

肆、填表說明：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **注意事項** | **應附表件** |
| 註1 | 轉換依附對象僅限尊親屬、配偶及未滿20歲直系卑親屬。 | 身份(居留)證或戶口名簿影本  前單位轉出證明 |
| 滿20歲直系卑親屬只限下列對象：  (1)在學就讀且無職業  (2)受禁治產宣告尚未撤銷  (3)領有身心障礙手冊且不能自謀生活  (4)應屆畢業自當學年度終了之日起一年內且無職業或服兵役退伍自退伍日一年內且無職業 | 身份(居留)證或戶口名簿影本  前單位轉出證明  學生證影本  身心障礙手冊影本  畢業證書影本  退伍令影本 |
| 註2 | 新生嬰兒辦理健保IC卡，請勾選：  不貼照片，將製作無照片健保IC卡  貼照片，另須填寫[請領健保IC卡申請表](http://www.person.fju.edu.tw/insurance/表格/請領健保IC卡申請表.pdf) | 戶口名簿影本  請領健保IC卡申請表  (不貼照片者免附) |
| 註3 | 回國復保者須以回國當日為復保生效日；出國停保未達6個月者，將被註銷停保，並補繳保險費。 | 身份(居留)證或戶口名簿影本  入出境證明 |