

天主教輔仁大學 兼任教師 全民健康保險 加保申請表

103.02.01起適用

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			加保(轉入)日期		
			年	月	日	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	依附日期		
		年	月	日		年	月	日
					父母 配偶 子女(未滿20歲) 子女(超過20歲)-見注意事項			
					父母 配偶 子女(未滿20歲) 子女(超過20歲)-見注意事項			
					父母 配偶 子女(未滿20歲) 子女(超過20歲)-見注意事項			

參、 聯絡電話(公)：

申請人簽章：_____ (宅)：

填表日期：

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	兼任教師健保僅於授課學期內生效，保險業務承辦單位於學期結束時逕行退保及轉出。	