

行政院衛生署中央健康保險局 全民健康保險保險對象變更事項申報表

表號：承表 Q R

投保單位代號

| | | | | | | | | |
|-----|-------|-----|---|--|-----|--|---|----|
| 收件章 | 轄區業務組 | 業務組 | | | | | | |
| | 民國 | | 年 | | 月 | | 日 | 申報 |
| | 民國 | | 年 | | 月份第 | | | 號表 |

| 被保險人資料變更 (變更前原報資料) (下列各欄請按原報資料填寫) | | | | | | | | | | | | 變更後資料 (僅填寫有變更之項目, 未變更無需填寫) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|----------------------|---|---|---|----|---|---|---|--|--|----------------------------|--|--|-----------------------------------|---|---|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------|--|--|-----------------------------------|
| 姓 | 名 | 國民身分證統一編號 (居留證號碼) | | | | | | | | | | 出生年月日 (民前出生者請 加註「-」) | | | 委託安置低 收入戶之縣 市政府代碼 (如說明三) | 姓 | 名 | 國民身分證統一編號 (居留證號碼) | | | | | | | | | | 出生年月日 (民前出生者請 加註「-」) | | | 委託安置低 收入戶之縣 市政府代碼 (如說明三) |
| | | 民前 | 年 | 月 | 日 | 民前 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 相關眷屬資料變更 (變更前原報資料) (下列各欄請按原報資料填寫) | | | | | | | | | | | | 變更後資料 (僅填寫有變更之項目, 未變更無需填寫) | | | | | | | | | | | | 備 註 | | | | | | |
|--------------------------------------|---|----------------------|---|---|---|----|---|---|---|----|----|----------------------------|--|--|---|---|----------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|----------------------------|--|--|---------------------------|
| 姓 | 名 | 國民身分證統一編號 (居留證號碼) | | | | | | | | | | 出生年月日 (民前出生者請 加註「-」) | | | 姓 | 名 | 國民身分證統一編號 (居留證號碼) | | | | | | | | | | 出生年月日 (民前出生者請 加註「-」) | | | 眷 屬 (稱謂代號詳 見說明四) |
| | | 民前 | 年 | 月 | 日 | 民前 | 年 | 月 | 日 | 稱謂 | 代號 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | <input type="text"/> | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|----------|--|
| 投保單位名稱： | | | | | | | | | | | | <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">單位圖記 或 信 印</div> | | | | | | | | | | | | 健保局填用 | | | | | |
| 通訊地址： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受理 | | | | 資料 鍵錄 | |
| 電 話： | | | | | | | | | | | | <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block;"></div> (印章) 經辦人： | | | | | | <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block;"></div> (印章) | | | | | | 歸檔 批頁號 | | | | | |
| 負 責 人： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※填表時，請參閱背面說明

本局於受理並完成變更資料時，將註銷原使用之健保 I C 卡，故請保險對象另填「請領健保 I C 卡申請表」，並繳交工本費 200 元，申請換發新卡。

327510000IB11017

全民健康保險保險對象變更事項申報表

098021302

填表說明：

- 一、本表由投保單位填寫1份送行政院衛生署中央健康保險局轄區業務組，並請影印1份留存備查。
- 二、被保險人或其眷屬如更正或變更姓名、國民身分證統一編號、出生日期時，請檢附國民身分證或戶籍證明文件或居留證或護照影本。
- 三、委託安置的縣市政府代碼：

| | | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 縣市別 | 臺北市 | 高雄市 | 基隆市 | 新竹市 | 台中市 | 台南市 | 嘉義市 | 臺北縣 | 桃園縣 | 新竹縣 |
| 代碼 | 01 | 02 | 11 | 12 | 17 | 21 | 22 | 31 | 32 | 33 |
| 縣市別 | 宜蘭縣 | 苗栗縣 | 台中縣 | 彰化縣 | 南投縣 | 雲林縣 | 嘉義縣 | 台南縣 | 高雄縣 | 屏東縣 |
| 代碼 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 |
| 縣市別 | 澎湖縣 | 花蓮縣 | 台東縣 | 金門縣 | 連江縣 | | | | | |
| 代碼 | 44 | 45 | 46 | 90 | 91 | | | | | |

四、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 |

五、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。

請貼足
郵票
掛號郵寄

□□□-□□

單位地址：
單位名稱：
電話：
投保單位代號：

□□□-□□

行政院衛生署中央健康保險局

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