

附件二

全民健康保險第一類保險對象投保（轉入）申報表

投保單位代號												(志願役及軍保聘雇請填 110075931, 勞保聘雇請填 126840391)																			
保險人 身分證號碼												姓 名				出生日期				年 月 日											
任官(職)日期 (不含臨時聘雇)		年 月 日				階級代號				保險類別 (打 V)				軍保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/>																	
支薪單位代號												單位全銜																			
任單 職位		軍用電話				住宅電話				健保卡 (打 V)				已領卡 未領卡待辦																	
通訊地址																															
投保者 (打V)		保險對象姓名		國民身分證統一編號 (填寫居留證號碼者請於最後一格以 英文字母註明性別男-M、女-F)										稱謂		出生年月日				合於投保條件		投保分支單位									
本人		眷屬																				原因		日期		核定生效日期					
																						民國		前國		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
																						民國		前國		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
																						民國		前國		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
																						民國		前國		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
																						民國		前國		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
																						民國		前國		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
																						民國		前國		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
申 報 單 位																															
申報日期				中華民國 年 月 日																承 辦 人				主 官 ( 管 )				申請人簽章			
申報字號				號																											
軍用電話																															
自動電話																															
郵政信箱																				(職官章)				(職官章)				(私章)			
投 保 分 支 單 位																備 註															
受理日期： 年 月 日 編號：																															
承 辦 人								主 官 ( 管 )								(1)保險對象自行申辦退保(轉出)時，請於「申請人簽章」欄簽名蓋章。															
																(2)如由要保單位統一辦理時，「申請人簽章」欄保險對象免填。															
(職官章)								(職官章)																							