

附件三

全民健康保險第四類保險對象投保（轉入）申報表

投保單位代號													
支薪單位代號						單位全銜							
單位信箱													
身分別 (請打 V)	被保險人 姓名	國民身分證統一編號 <small>(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)</small>								出生 年月日	合於投保條件		投保分支單位 核定生效日期
		義務役	軍校生									原因	
										年 月 日		年 月 日	年 月 日
										年 月 日		年 月 日	年 月 日
										年 月 日		年 月 日	年 月 日
										年 月 日		年 月 日	年 月 日
										年 月 日		年 月 日	年 月 日
										年 月 日		年 月 日	年 月 日
										年 月 日		年 月 日	年 月 日
										年 月 日		年 月 日	年 月 日
										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)								
(職官章)					(職官章)								