

附件四

全民健康保險第四類（無依軍眷、在卹遺眷）轉入申報表

投保單位代號	4	1	0	0	0	0	0	2	9										
被保險人 身分證號碼										姓 名		出生日期	年	月	日				
支薪單位代號										單位全銜		階級代號	6	6	0	1			
通訊地址											住宅電話								
保險對象姓名	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稱謂註明性別男-M、女-F)</small>								出生年月日	合於投保條件			投保分支單位						
										原 因			日 期		核定生效日期				
									民 前 國	年	月	日		年	月	日	年	月	日
									民 前 國	年	月	日		年	月	日	年	月	日
									民 前 國	年	月	日		年	月	日	年	月	日
									民 前 國	年	月	日		年	月	日	年	月	日
									民 前 國	年	月	日		年	月	日	年	月	日
									民 前 國	年	月	日		年	月	日	年	月	日
									民 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 )														
(職官章)					(職官章)														