

附件五

全民健康保險被保險人育嬰留職停薪 在原投保單位繼續投保及異動申報表

(本表專供第一類投保單位填用)

表號：承表 W

投保單位代號	
--------	--

收件章	轄區分組	分組
	民國	年
	月	日
	申報	
	民國	年
	月份第	號表

壹、被保險人基本資料

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>	姓 名	出生日期
		年 月 日
戶籍地址	郵遞區號	縣 鄉鎮 村里 路 市 市區 鄰 街 段 巷 弄 號 樓
通訊地址	郵遞區號	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 縣 鄉鎮 村里 路 市 市區 鄰 街 段 巷 弄 號 樓
聯絡電話	(日)	(夜)
被保險人簽章： <input type="checkbox"/> (蓋章)		

貳、留職停薪期間及繼續投保生效日

投保單位填寫						健保署填寫					
育嬰留職停薪期間						核定生效日期					
起			迄			起			迄		
年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日

參、留職停薪期間異動

投保單位填寫						健保署填寫					
項目別(打v) <input type="checkbox"/> 提前復職(僅填迄日) <input type="checkbox"/> 展延期間						核定生效日期					
起			迄			起			迄		
年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日

肆、投保單位資料

投保單位名稱：	單位圖記 或 印信	健 保 署 填 用	受	理	資料 鍵 錄	資料 校 對	
通訊地址：			歸檔	批頁號			
電 話：			印章)	經辦人：	印章)		
負 責 人：							

填表說明：

- 一、本表供育嬰留職停薪被保險人選擇在原投保單位繼續投保或前述繼續投保之期間有變動時填用，由投保單位填寫一式二份，一份送健保署，一份留存備查。
- 二、投保單位填寫本表時，第壹項被保險人基本資料欄位及第肆項投保單位資料欄位請務必填寫；第貳項留職停薪期間及繼續投保生效日欄位則供育嬰留職停薪被保險人選擇在原投保單位繼續投保時填寫；第參項留職停薪期間異動欄位則供原申報繼續投保之期間有變動時填寫。
- 三、請檢附被保險人嬰幼兒之戶籍資料影本或其他證明文件。
- 四、被保險人選擇於原投保單位繼續投保，保險費按原投保金額等級計算。其應自行負擔之保險費得遞延三年繳納，保險費繳款單由本署直接寄發被保險人繳納。
- 五、被保險人育嬰留職停薪期間如有變動（如提前復職、展期或喪失留職停薪資格）者，投保單位須再另填具本表（承表 W），辦理異動申報手續。
- 六、被保險人如有育嬰留職停薪資格異動（如離職退保）、申請停復保、基本資料變更或喪失參加健保資格等情形者，投保單位須依全民健保規定，另行辦理退保、停復保及變更事項等申報手續。
- 七、被保險人在原投保單位繼續投保，其保險效力自本表交寄之當日起算。
- 八、被保險人眷屬如有新增依附投保、停保、復保、基本資料變更、退保及其他異動事項，投保單位須依全民健保規定，另行辦理投保、停復保、基本資料變更事項、退保等申報手續。
- 九、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

電話：
地址：
投保單位代號：
投保單位名稱：

中央健康保險署

（請詳填收件單位名稱）

分組
啟