

附件六

全民健康保險第一類保險對象退保（轉出）申報表

投保單位代號				支薪單位代號				單位全銜		
退保（轉出）者(打V)		被保險人		眷屬		轉出(請打V)		退保(請填代號)		
本人	眷屬	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)	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)	<input type="checkbox"/> 退伍、離職 <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)		<input type="checkbox"/> E-失蹤 <input type="checkbox"/> I-受刑 <input type="checkbox"/> M-死亡 <input type="checkbox"/> U-喪失在台灣居留資格或戶籍遷出國外者	轉出、退保原因 發生日期	投保分支單位 核定生效日期
						<input type="checkbox"/> 退伍、離職 <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)			年 月 日	年 月 日
						<input type="checkbox"/> 退伍、離職 <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)			年 月 日	年 月 日
						<input type="checkbox"/> 退伍、離職 <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)			年 月 日	年 月 日
						<input type="checkbox"/> 退伍、離職 <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)			年 月 日	年 月 日
						<input type="checkbox"/> 退伍、離職 <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)			年 月 日	年 月 日
						<input type="checkbox"/> 退伍、離職 <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)			年 月 日	年 月 日
						<input type="checkbox"/> 退伍、離職 <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)			年 月 日	年 月 日
						<input type="checkbox"/> 退伍、離職 <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)			年 月 日	年 月 日
						<input type="checkbox"/> 退伍、離職 <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)			年 月 日	年 月 日

填 表 說 明

1. 本表供保險對象辦理退保（轉出）時填用，一戶一表，由要保單位填寫二份送投保分支單位，並影印一份留存備查。
2. 保險對象因轉換投保單位或改變投保身分辦理退保（轉出）手續時，投保分支單位完成審驗後，交要保單位一份轉交保險對象持往新投保單位辦理轉入。
3. 退保者請將健保卡繳回投保分支單位。
4. 要保單位得依需要，以A 4紙張印製或影印使用；本表保存年限五年。

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)	(私章)

投 保 分 支 單 位 備 註

受理日期：年 月 日 編號：	(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。
承 辦 人 主 官 (管)	
(職官章)	(職官章)