

全民健康保險第四類保險對象轉出申報表

投保單位代號													
支薪單位代號						支薪單位全銜							
被 保 險 人 退 保 (轉 出)													
姓 名 國 民 身 分 證 統 一 編 號 原 因 退 保 轉 出 原 因 發 生 日 期 核 定 生 效 日 期													
									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	
填 表 說 明													
<p>1.本表供第四類保險對象辦理退保(轉出)時填用,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。</p> <p>2.退保原因請依下列規定詳細填寫: (1)喪失投保資格者,請於原因欄勾選「退保」;如死亡,失蹤滿六個月,在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行二個月以上,居留權期滿,出境戶籍辦理遷出,喪失中華民國國籍等。 (2)轉換投保單位或改變投保身分者,請於原因欄內勾選「轉出」;如退伍、喪失遺眷身分、就業、成年未具或喪失續保身分資格等。</p> <p>3.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。</p> <p>4.要保單位得依需要,以A4紙張印製或影印使用;本表保存年限五年。</p>													
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 自													
								(職官章)		(職官章)		(私章)	
投 保 分 支 單 位													
<p>受理日期: 年 月 日 編號:</p>													
承 辦 人 主 官 (管)						備 註							
(職官章)												(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)													