

## 全民健康保險第四類（國軍遺族）退保（轉出）申報

投保單位代號		410000029		支薪單位代號				單位全銜					
故		眷		屬		轉出 (請打V)		退保 (請填代號)		轉出、退保原因 發生日期		投保分支單位 核定生效日期	
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>		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>					
								轉換投保單位		年 月 日		年 月 日	
								其他(請註明)					
								轉換投保單位		年 月 日		年 月 日	
								其他(請註明)					
								轉換投保單位		年 月 日		年 月 日	
								其他(請註明)					
								轉換投保單位		年 月 日		年 月 日	
								其他(請註明)					
								轉換投保單位		年 月 日		年 月 日	
								其他(請註明)					
								轉換投保單位		年 月 日		年 月 日	
								其他(請註明)					
								轉換投保單位		年 月 日		年 月 日	
								其他(請註明)					

**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。
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，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. 各單位得依需要，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		承 辦 人 主 官 ( 管 )		申請人簽章			
申報字號							
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)	