

附件十一

全民健康保險被保險人之**成年**卑親屬續保申報表

投保單位代號																																		
支薪單位代號										單位全銜																								
被保險人基本資料										成年二親等內直系血親卑親屬										續保原因 (請勾選, 如說明 2)					投保分支單位 核定生效日期									
姓名		國民身分證 統一編號								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)								出生年月日					S P A H G					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									
填 表 說 明																																		
<p>1.本表供保險對象之直系血親卑親屬(子女、孫子女、外孫子女)成年當月底前,由要保單位填寫一份併相關證明文件送投保分支單位,並影印一份留存備查。</p> <p>2.續保原因代碼: : (1)在學就讀且無職業者-S。 (2)受禁治產宣告尚未撤銷-P。 (3)領有身心障礙手冊且不能自謀生活-A。(4)重大傷病且無職業-H。 (5)應屆畢業自當學年度終了或服兵役退伍日起一年內且無職業者-G。</p> <p>3.眷屬的續保原因消失時,應辦理轉出,並改以適法身分投保;續保原因變更時,則應填寫本申請表辦理變更。</p> <p>4.被保險人二親等內直系血親卑親屬,於成年後才具有上述原因合於眷屬身分投保者,請另填投保申報表辦理投保。</p> <p>5.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)														