

附件十二

全民健康保險保險對象變更事項申報表

|  |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      |           |  |                  |  |
|--|----|------------|-----------|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--------|------|-----------|--|------------------|--|
| 投保單位代號   |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  | 支薪單位全銜 |      |           |  |                  |  |
| 支薪單位代號   |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      |           |  |                  |  |
| 資料變更人員<br>(打√)                                   |    | 姓 名        | 國民身分證統一編號 |  |  |           |  |  |  |  |  |        | 變更項目 | 變 更 內 容   |  | 投保分支單位<br>核定生效日期 |  |
| 本人   | 眷屬 |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      |           |  |                  |  |
|  |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      | 變更前       |  | 年 月 日            |  |
|  |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      | 變更後       |  |                  |  |
|  |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      | 變更前       |  | 年 月 日            |  |
|  |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      | 變更後       |  |                  |  |
|  |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      | 變更前       |  | 年 月 日            |  |
|  |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      | 變更後       |  |                  |  |
|  |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      | 變更前       |  | 年 月 日            |  |
|  |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      | 變更後       |  |                  |  |
|  |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      | 變更前       |  | 年 月 日            |  |
|  |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      | 變更後       |  |                  |  |
|  |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      | 變更前       |  | 年 月 日            |  |
|  |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      | 變更後       |  |                  |  |
| 說 明  |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      |           |  |                  |  |
| 1.本表供保險對象資料變更時使用，由要保單位填寫一份送投保分支單位辦理變更，並影印一份留存備查。 |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      |           |  |                  |  |
| 2.變更項目：保險對象之國民身分證統一編號、姓名、出生日期、通訊地址、住宅電話等。        |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      |           |  |                  |  |
| 3.要保單位得依需要，以A 4紙張印製或影印使用；本表保存年限三年。               |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      |           |  |                  |  |
| 申 報 單  |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      |           |  |                  |  |
| 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   |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      |           |  |                  |  |
| 軍用電話   |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      |           |  |                  |  |
| 自動電話   |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      |           |  |                  |  |
| 郵政信箱   |    |            |           |  |  |           |  |  |  |  |  |        |      |           |  |                  |  |
| 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)     |  |  |  |  |  |        |      |           |  |                  |  |