

## 全民健康保險保險對象變更事項申報表 (投保分支單位專用)

表 號	承 表 R
-----	-------

轄區分組	分組
民國    年    月    日 申報	
民國    年    月份第    號表	

投保單位代號	
--------	--

(本表專供第一類至第四類及第六類被保險人之投保單位填寫)

原 報 資 料			變 更 後 情 形 <small>(本欄僅須填寫需要變更的項目)</small>					核 定 生 效 日 期 <small>(健保署填寫)</small>	備 註
姓 名	國民身分證統一編號 <small>(外僑居留證號)</small>	姓 名	國民身分證統一編號 <small>(外僑居留證號)</small>	出生年月日 <small>(民前出生者請加註「一」)</small>	卷 屬				
					稱謂	代號			
				年 月 日					
				年 月 日					
				年 月 日					
				年 月 日					
				年 月 日					
				年 月 日					

**說明** 一、本表供第一類至第四類及第六類被保險人或其眷屬辦理變更資料時填寫，由投保單位填寫一份送中央健保署轄區分組，並影印一份留存備查  
 二、被保險人或其眷屬變更姓名、身分證統一編號、出生年月日，應檢送國民身分證或戶籍證明文件影本。

投保單位名稱	(單位圖記或印信)	投保分支單位		健 保 署 填 用	受理號碼:		受理日期:	
負 責 人	(私章)	主 管	承 辦 人		受		資	
經 辦 人	(私章)				理		料	
						鍵	校	
						入	對	