

表號：承表D  E  G  H

勞工保險證號 (8位數字+1位英文檢查碼)									
全民健保投保單位代號									
單位統一編號或 非營利扣繳編號									

# 勞工保險加保申報表

## 全民健康保險第一、二、三類保險對象投保申報表

### 〈※勞工退休金提繳申報表〉

勞保局、健保局 收件章	健 保 局 分 區 業 務 組	業務組
		民國      年      月      日申報
		民國      年      月份第      號表

申 報 加 保 者 (打)	被 保 險 人					相 關 眷 屬					投保單位填寫		健保局核定 生效日期
	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)	出生年月日 (民前出生者請 加註「-」)	雇主自 願參加 勞保請 打(詳 見說明六)	勞保月投保 薪資、全民健 康保險投保金 額(元) (詳見說明九、十)	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)	出生年月日 (民前出生者請加 註「-」)	稱謂 代號 (詳見說 明十一)	合於健保投保條件			
										原因	日期		
			年 月 日										
			年 月 日										
			年 月 日										
			年 月 日										
			年 月 日										
			年 月 日										
			年 月 日										

以上資料請依國民身分證所載資料以正楷填寫

投保單位名稱：  
地址：  
電話：

負責人  印章       經辦人  印章       單位印章

勞保局、健保局填用			
受理號碼			
人 數	名	<b>勞保加保 健保受理</b>	
		日期：	
受 理 人 員	資 料 鍵 錄	資 料 對 校	

1. 投保單位應於員工到職當日申報加保，其保險效力自本表送交或郵寄之當日零時起加保生效。(其餘辦理加保手續請參閱背面說明)
2. 本表請填寫一式2份一併寄送健保局(臺北業務組轄區則請寄勞保局)，每份均需加蓋單位及負責人、經辦人印章，並詳填單位名稱、地址、電話。(惟如整份表僅申報參加健保或僅申報參加勞保，請參閱背面說明二)。首次參加健保者(如新生嬰兒、新聘外籍勞工)，請同時填「請領健保IC卡申請表」，申請健保IC卡。

- ※ 一、適用勞動基準法單位之本國籍勞工，本表並為勞工退休金提繳申報表，勞保局將以本表投遞日期依 貴單位勞工退休金雇主提繳率及所填投保薪資、金額計收勞工退休金。
- 二、有下列情形之一者，請另填具「勞工退休金提繳申報表」寄送勞保局辦理勞工退休金提繳手續：
- (一)勞工退休金開始提繳日期與本表投遞日期不同者。
  - (二)不適用勞動基準法之單位申報本國籍勞工提繳者。
  - (三)勞工月提繳工資高於健保投保金額(月提繳工資需計入加班費，上限為150,000元)。
  - (四)勞工個人自願提繳勞工退休金者。
- 三、表列人員如屬委任經理人、不適用勞動基準法之本國籍工作者，且不參加勞工退休金提繳者，務請註明。但如其自願提繳者，請另填具「勞工退休金提繳申報表」寄送勞保局辦理，實際從事勞動之雇主，亦同。

填表說明：

就業表係指僱用勞工之單位，其所屬勞工到職、入會、到訓當日向勞保局申報加保之用及全民健康保險第一類第二目至第五目被保險人及政府機關、公私立學校參加勞工保險人員、第二類被保險人、第三類第二目被保險人及其眷屬向健保局申報投保時填寫，由投保單位填寫一式2份一併按投保單位所在依右列地址寄送健保局（臺北業務組轄區請寄勞保局），並影印1份留存備查。

- 二、由於勞保及健保所依據之法令不同，如整份表上只列報眷屬參加健保資料，或只是健保被保險人投保者，請填用健保專用投保申報表逕寄健保局，如只是勞保被保險人加保者，請填用勞保專用加保表逕寄勞保局。
- 三、勞工保險投保單位應於勞工到職、入會、到訓當日申報加保，其勞工保險保險效力自本表送交之當日零時（郵寄以原寄郵局郵戳為憑）起加保生效，但投保單位非於勞工到職、入會、到訓之當日申報加保者，其保險效力自申報之翌日起算。
- 四、已領取勞工保險老年給付，或年逾60歲以往未曾參加勞工保險但已領取公教人員保險養老給付或軍人保險退伍給付之退休人員，再受僱工作自願參加職業災害保險者，請填用職業災害保險加保申報表逕寄送勞保局辦理。
- 五、同時申報被保險人及相關眷屬加保、投保時，請分別填寫相關資料於兩列；被保險人已加保，僅申報眷屬單獨投保全民健康保險，亦需填寫被保險人資料。
- 六、因雇主非屬勞工保險條例強制投保對象，故投保單位同時申報雇主參加勞工保險請在「雇主自願加勞保」欄打勾。
- 七、「表號」為全民健康保險專用欄位，請依下列說明勾選其中一項（請打√）：D第一類第二目至第五目及政府機關、公私立學校參加勞保人員及其眷屬的投保單位、E專門職業及技術人員自行執業者之被保險人及其眷屬的投保單位、G第二類被保險人及其眷屬的投保單位、H第三類（農保除外）被保險人及其眷屬的投保單位。
- 八、全民健康保險保險效力自合於投保條件之當日零時起生效。
- 九、全民健康保險被保險人之薪資較勞工保險「投保薪資分級表」最高級為高者仍應按「全民健康保險投保金額分級表」申報。
- 十、全民健康保險之投保金額不得低於勞工保險之投保薪資。
- 十一、眷屬稱謂代號請依下列規定填寫：

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9
稱謂	配偶	父母	子女	祖父母	孫子女	外祖父母	外孫子女	曾祖父母	外曾祖父母
跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書									

- 十二、「合於健保投保條件」及「原因」欄請詳列，如喪失被保險人身分、新生嬰兒、結婚、收養、改變身分投保、更換所依附之被保險人等。
- 十三、年滿20歲2親等內直系血親卑親屬，合於健保投保條件僅限下列原因，請依所列英文符號填寫：

符號	原	因
S	在學就讀且無職業	
P	受禁治產宣告尚未撤銷	
A	殘障而不能自謀生活	
H	罹患符合本法第36條所稱重大傷病且無職業	
G	應屆畢業自當學年度終了之日起1年內且無職業或服兵役退伍自退伍起1年內且無職業	

- 十四、合於健保投保條件原因為健保開辦前出國者請於「原因」欄內填寫代號：R。
- 十五、請加蓋投保單位印章及負責人、經辦人印章。
- 十六、本表請以掛號郵寄（請將掛號執據貼於存底聯保存）或派人專送，否則如有遺失，無從查考。

寄件人

□□□□—□□□□

請貼足郵資  
掛號郵寄

單位地址：  
 單位名稱：  
 電話：  
 勞工保險證號：  
 健保投保單位代號：

收件人（郵件單位及地址請依貴單位所在地打√）

10013 勞工保險局  
 地址：台北市羅斯福路1段4號  
 投保單位所在地：臺北市、臺北縣、基隆市、宜蘭縣、金馬地區

32005 行政院衛生署中央健康保險局北區業務組  
 地址：桃園縣中壢市中山東路3段525號  
 投保單位所在地：桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣

40709 行政院衛生署中央健康保險局中區業務組  
 地址：臺中市西屯區市政北一路66號  
 投保單位所在地：臺中市、臺中縣、南投縣、彰化縣

70006 行政院衛生署中央健康保險局南區業務組  
 地址：臺南市公園路96號  
 投保單位所在地：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市、臺南縣

80759 行政院衛生署中央健康保險局高屏業務組  
 地址：高雄市三民區九如二路157號  
 投保單位所在地：高雄市、高雄縣、屏東縣、澎湖縣

97042 行政院衛生署中央健康保險局東區業務組  
 地址：花蓮市軒轅路36號

請勿使用訂書針封口  
黏貼勿超過此裁切線

請勿使用訂書針封口  
黏貼勿超過此裁切線

# 勞工保險退保申報表

全民健康保險第一、二、三類保險對象退保申報表

勞保局、健保局收件章	健保局 轄區分局	分局
	民國 年 月 日申報	
民國 年 月份第 號表		

勞工保險證號：  
全民健保投保單位代號

營利事業統一編號：  
或非營利扣繳編號：

詳填單位名稱、地址、電話。(惟如整份表僅申報健保退保、轉出或僅申報勞保，請參閱背面說明二)。經辦人印章，並  
※本表請填一式二份一併寄送健保局(台北分局轄區則請寄勞保局)，每份均需加蓋單位及負責人、經辦人印章，並

申報退保 本人	被保險人			相關眷屬			健保專用欄位		
	姓名	國民身分證統一編號 (填寫外僑居留證或護照號碼)	出生年月日 (民前出生者請加註「-」)	姓名	國民身分證統一編號 (填寫外僑居留證或護照號碼)	投保單位填寫 原因別(打) ☐ ☐	退保(轉出)原因 發生日期	健保局填寫 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	
			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	
			年 月 日					年 月 日	
			年 月 日					年 月 日	

投保單位名稱：  
地址：  
電話：

負責人  印章

經辦人  印章

單位印章

健勞保局 填用	受理號碼			
	人 數	名	勞保退保 健保受理日期：	
受 理		資料登錄		資料校對

辦理退保手續請參閱背面說明

填表說明：

- 1□ 本表供勞工保險投保單位遇有被保險人（不含眷屬）離職、退會或結訓應退保時向勞保局申報退保及全民健康保險投保單位向健保局申報被保險人及其眷屬退保（轉出）時填用，由投保單位填寫一式二份一併按投保單位所在地依右列地址勾送勞保局或健保局各分局處理，並影印一份留存備查。
  - 2□ 由於勞保及健保所依據之法令不同，如整份表上只列報眷屬退保（轉出）健保資料、只是健保被保險人非勞保被保險人者，請填用健保專用表格，只是勞保被保險人非健保被保險人者，請填用勞保專用表格，以免混淆。
  - 3□ 勞工保險投保單位應於勞工離職、退會、結訓當日申報退保及其保險效力自本表送達之當日二十四時停止。（郵寄以原寄郵局戳為憑）
  - 4□ 職業工會、漁會會員，若已受僱於一定雇主，應由其受僱之投保單位辦理參加勞工保險及全民健康保險，原由職業工會、漁會加保部分應請由工會、漁會辦理退保。
  - 5□ 已依照勞工保險條例第八條規定參加勞工保險之自願投保單位所僱員工或雇主，除非離職或不在從事勞動，否則不得申報退保。
  - 6□ 全民健康保險之保險效力，自退保原因發生之當日二十四時停止。
  - 7□ 全民健康保險退保（轉出）原因請依下列規定詳細填寫，並於原因別欄勾選「退保」或「轉出」：
    - (1) 退保僅限下列原因，請依所列英文符號填寫：M-死亡、O-軍人、軍中聘僱人員、I-監所受刑處分二個月以上、E-失蹤滿六個月、U-喪失全民健康保險法第十條資格者。
    - (2) 「轉出」：指第一類被保險人離職、退休、歇業等；第二類被保險人退會；第三類被保險人喪失資格；各類保險對象轉換為其他類保險對象；眷屬終止收養關係、離婚、年滿二十歲未具或喪失續保資格等。
  - 8□ 被保險人退保（轉出）時，其眷屬應隨同退保（轉出），不必填寫眷屬資料；被保險人仍繼續加保，僅申報眷屬單獨退保（轉出），應填寫被保險人資料。
  - 9□ 全民健康保險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，原投保單位應影印本表一份，交保險對象持往新投保單位投保（轉入）手續。
  - 10□ 請加蓋投保單位印章及負責人、經辦人印章。
- 十一、本表請以掛號郵寄（請將掛號執據貼於存底聯保存）或派人專送，否則如有遺失，無從查考。

退保專用  
此處請勿黏貼  
郵票以利裝訂

請貼足郵資  
掛號郵寄

投保單位  
名稱  
：  
地址  
：  
電話  
：  
勞工保險  
證  
：  
健保投保  
單位代號  
：  
：

(請詳填收件單位名稱)

局 啟

(請依貴單位所在地打)  
  
 970 801 700 407 330 100

(郵寄單位及地址)  
 勞保局  
 工台中央臺英臺高英化  
 保北健據中健國健健連  
 險市康市康市康市康市  
 局維保中保市保公保三保針  
 斯險山險政險國險民險報  
 福局東局北局路局區局路  
 路北路中二南九高九東三  
 一區三區路區六屏如區六  
 段分投分六分號分二分號  
 四局五局六局局路局  
 號二五號  
 號一五七號  
 臺北市、臺北縣、基隆市  
 宜蘭縣、金馬地區、新竹縣  
 桃園縣、苗栗縣、南投縣  
 臺中市、彰化縣、嘉義縣  
 雲林縣、嘉義市、高雄縣  
 臺南市、臺南市、高雄縣  
 澎湖縣、屏東縣  
 花蓮縣、臺東縣  
 臺北分局  
 北區分局  
 中區分局  
 南區分局  
 高屏分局  
 東區分局