

臺北市私立復興實驗高級中學

眷屬健保加保、轉出申請表

申請人資料					
姓 名		身分證 統一編號 (護照或居 留證號碼)		出生日期	年 月 日
相 關 眷 屬 資 料					
姓 名	國民身分證統一編號	出生年月日	關 係 稱 謂	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 轉出 日期及原因	
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
注 意 事 項	<p>一、眷屬範圍：</p> <p>1、被保險人無職業的配偶。</p> <p>2、被保險人無職業的直系血親尊親屬（例如：父母、祖父母、外祖父母、曾祖父母、外曾祖父母等）。</p> <p>3、二親等內直系血親卑親屬、未滿二十歲或滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀（限子女、孫子女、外孫子女）。</p> <p>4、子女應屆畢業自當學年度終了之日起一年內或服兵役退伍自退伍起一年內且無職業者。</p> <p>5、具有被保險人資格者，不得以眷屬身分投保。</p> <p>二、眷屬如有異動（如出生、死亡、結婚、離婚、就業、滿二十歲、終止收養關係、入伍服役、受二個月以上之刑事執行等），應即檢附證明文件辦理變更。</p>				
備 註	<p>一、健保加退保可追溯，請註明日期以利作業，如無註明以收件日為加退保日，收件日當月之整個月生效。</p> <p>二、如為新生兒首次加保（加保日期為出生日期），請附上已取好新生兒名字之戶口名簿影本。</p>				

申請人：_____（簽名）

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日