

全民健康保險

第六類保險對象退保（轉出）申請表

承表二

填表日期 年 月 日

壹、被保險人(只辦理眷屬轉出時，請於 內打 ，並須同時填寫被保險人的國民身分證統一編號、姓名及眷屬資料。)

國民身分證統一編號 (居留證號碼)	姓 名	出 生 日 期				退 保 原 因 (請填代碼) <input type="checkbox"/> 轉出	原 因 發 生 日 期		
		民 前	年	月	日		年	月	日

貳、眷 屬

國民身分證統一編號 (居留證號)	姓 名	出 生 日 期				稱 謂	代 號	退 保 原 因 (請填代碼) <input type="checkbox"/> 轉出	合 於 投 保 日 期		
		民 前	年	月	日				年	月	日

參、退保（轉出）者投保戶籍地址：

戶籍地址	郵遞區號	縣 市	鄉 鎮 市 區	村 里 鄰	路 街 段	巷 弄	號 樓 室
聯絡電話	(宅)		(大哥大)				

肆、轉換新投保單位者請填寫下列資料：

轉入新投保單位名稱	投保單位代號	聯 絡 電 話	加保日期		
			年	月	日

伍、被保險人簽章：

代理人(委託人)簽章：

(蓋章)

陸、投保單位審核結果

本表各欄與證明文件記載是否相符	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	投保單位圖 記		經 辦 人 簽 章
-----------------	--	---------	--	-----------

投保單位代號：

投保單位名稱：

※填表時，請參閱背面說明

填表說明：

- 一、被保險人或其眷屬辦理退保（轉出）時，被保險人應填寫本表一份送戶籍所在地的鄉（鎮、市、區）公所；經辦人於審核簽章後，影印一份交保險對象持往新投保單位辦理投保（轉入）手續。
- 二、「退保」、「轉出」原因集代號請依下列規定詳細填寫：

（一）退保（喪失投保資格者），請填註退保原因代碼如下：

代號	E	I	M	O	U
原因	失蹤滿六個月	在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。	死亡	現役軍人、士官、士兵及軍校學生	居留權期滿；出境戶籍辦理遷出；喪失中華民國國籍等

（二）轉出（轉換投保單位或改變投保身分）者；如被保險人遷移戶籍所在地；被保險人或眷屬轉換為其他類被保險人或眷屬；眷屬終止收養關係、離婚、卑親屬年滿二十歲未具續保資格、年滿二十歲卑親屬喪失續保資格等。

（三）眷屬稱謂集代號請一下列規定填寫：

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

- 三、被保險人退保（轉出）時，眷屬應隨同退保（轉出），改按其他身分投保。退保時應檢附相關證明文件始得辦理。
- 四、為了維護轉出者的權益，避免重複加保及重複計算健保費，被保險人或眷屬轉換投保單位，若因故未能在戶籍所在地的鄉（鎮、市、區）公所辦理轉出申報手續，請受理轉入加保的投保單位，直接將本表交給轉入加保者填寫。並請其填妥後，貼足郵票，逕寄原戶籍地加保之公所民政課（或健保課）。