

全 民 健 康 保 險

第 六 類 保 險 對 象 退 保 申 請 表

承表二 填表日期 年 月 日

壹、被保險人(只辦理眷屬退保時，請於 內打 v，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)	姓 名	出 生 日 期			退 保 原 因	原 因 發 生 日 期		
		年	月	日	<input type="checkbox"/> C-轉換投保單位、改變投保身分 <input type="checkbox"/> E-失蹤滿六個月 <input type="checkbox"/> M-死亡 <input type="checkbox"/> U-喪失投保資格	年	月	日

貳、眷 屬

國民身分證統一編號 (居留證號碼)	姓 名	出 生 日 期			稱 謂	代 號	退 保 原 因	原 因 發 生 日 期		
		年	月	日			<input type="checkbox"/> C-轉換投保單位、改變投保身分 <input type="checkbox"/> E-失蹤滿六個月 <input type="checkbox"/> M-死亡 <input type="checkbox"/> U-喪失投保資格	年	月	日

參、退保者原投保戶籍地址：

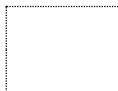
戶籍地址	郵遞區號	縣 市	鄉 鎮 市 區	村 里 鄰	路 街	段 巷 弄	號	樓	室
聯絡電話		(公)		(宅)					(手機)

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 章	
-----------------	----------------------------	----------------------------	---------	---------	--

投保單位代號： 62000

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時，被保險人應填寫本表一份送戶籍所在地鄉(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手續。

二、請依退保原因於□內打V：

(一) 轉換投保單位或改變被保險身分者：指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、年滿二十歲單親屬不具眷屬繼續保資格等。

(二) 代號U：指居留權期滿；出境戶籍辦理遷出；喪失中華民國國籍等。

三、眷屬稱謂及代碼請依下列規定填寫：

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	P
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	其他親及遺眷	受遺人
	跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書										

四、被保險人退保時，眷屬應隨同退保，改按其他身分投保。退保原因如為失蹤滿六個月、死亡、喪失投保資格者，應檢附相關證明文件始得辦理。

五、為了維護保險對象的權益，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鄉(鎮、市、區)公所辦理退保申報手續，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。並請其真妥後，貼足郵票，逕寄原戶籍地加保之公所社會課(或健保課)。

掛號郵寄
請貼足郵票

市縣

市區鄉鎮

街路

段

巷

弄

號

樓

區市鎮鄉

公所

社會課

(健保課)

收

寄件人地址：

聯絡電話：