

新北市立永平高級中學

全民健康保險本人及眷屬異動申請書

本 人		眷 屬				申請事項原因及應附證明文件
		稱謂	姓 名	出生年月日	身分證字號	
姓 名						☐ 加保： ☐ 新生嬰兒(附戶口名簿影本) ☐ IC 卡不貼照片 ☐ IC 卡貼照片(另填附請領健保 IC 卡申請表並貼照片) ☐ 移轉投保單位(附轉出證明) ☐ 喪失被保險人身份(如無職業，附退保證明) ☐ 眷屬(子女)超過 20 歲須附學生證影本 ☐ 退保： ☐ 移轉投保單位 ☐ 具被保險人身份(已就業) 發生日期： 年 月 日 此次 ☐ 加保/ ☐ 退保眷屬： 人
身分證字號						
出 生 年 月 日						
薪 級						
☐ 加保 ☐ 退保 眷 屬	共 人					
申請人					申請日期	年 月 日
出納組	自 年 月 起，自薪資扣繳/停止扣繳保費。				人事室	應自 年 月起，扣繳/停止扣繳保費。 投保保俸 元