

# 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<br>(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<br><input type="checkbox"/> E-失蹤滿六個月<br><input type="checkbox"/> M-死亡<br><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<br>(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<br><input type="checkbox"/> E-失蹤滿六個月<br><input type="checkbox"/> M-死亡<br><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 | 經辦人簽章 |  |
|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------|-------|--|

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手續。

二、請依退保原因於□內打V：

- (一) 轉換投保單位或改變投保身分者：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、年滿二十歲卑親屬不具眷屬續保資格等。
- (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 | 其他眷屬遺眷 | 受監護人 |
| 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的鄉(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。並請其填妥後，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

區市鎮鄉

市 區 鄉 鎮

聯絡電話：

寄件人地址：

公所

街 路

社會課

段

(健保課)

巷

收

弄

號

樓

