



為確保保險對象權益請以正楷書寫於實格內例如： 6

影印使用請勿放大、縮小、扭曲

表號：承表 C D E F G H

全民健康保險保險對象投保申報表  
(本表專供第一至第三類被保險人的投保單位填用)

|         |  |  |   |  |  |     |  |    |   |    |  |
|---------|--|--|---|--|--|-----|--|----|---|----|--|
| 健保局轄區分局 |  |  |   |  |  |     |  |    |   | 分局 |  |
| 民國      |  |  | 年 |  |  | 月   |  |    | 日 | 申報 |  |
| 民國      |  |  | 年 |  |  | 月份第 |  | 號表 |   |    |  |

|             |    |      |                                           |  |   |      |             |                                             |    |                                           |  |   |   |                   |    |      |                           |   |   |  |
|-------------|----|------|-------------------------------------------|--|---|------|-------------|---------------------------------------------|----|-------------------------------------------|--|---|---|-------------------|----|------|---------------------------|---|---|--|
| 全民健保投保單位代號  |    | 被保險人 |                                           |  |   | 相關眷屬 |             | 請注意<br>本人與眷屬同時加保時，請分別填寫<br>僅眷屬加保者，本人與眷屬同填一列 |    | 合於健保投保條件<br>(投保單位填寫此欄請務必<br>參考背面說明七、八)    |  |   |   | 核定生效日期<br>(健保局填寫) |    |      |                           |   |   |  |
| 投保者<br>(打√) | 眷屬 | 姓名   | 國民身分證統一編號<br>(填寫居留證號碼者請於最後一格註明性別，男-M、女-F) |  |   |      | 應主加保<br>請打√ | 投保金額<br>(元)<br>(詳見說明四、五)                    | 姓名 | 國民身分證統一編號<br>(填寫居留證號碼者請於最後一格註明性別，男-M、女-F) |  |   |   | 稱謂                | 代號 | 年    | 月                         | 日 |   |  |
|             |    |      | 出生年月日(民前出生者請加「-」)                         |  |   |      |             |                                             |    | 出生年月日(民前出生者請加「-」)                         |  |   |   |                   |    | 原    | 詳見說明七                     |   |   |  |
|             |    |      | 年                                         |  | 月 | 日    |             |                                             |    | 年                                         |  | 月 | 日 |                   |    | 因    | 年滿二十歲卑親屬加保原因代碼<br>(詳見說明八) |   |   |  |
|             |    |      |                                           |  |   |      |             |                                             |    |                                           |  |   |   |                   |    | 日期   | 年                         | 月 | 日 |  |
|             |    |      | 出生年月日(民前出生者請加「-」)                         |  |   |      |             |                                             |    | 出生年月日(民前出生者請加「-」)                         |  |   |   |                   |    | 原    | 詳見說明七                     |   |   |  |
|             |    |      | 年                                         |  | 月 | 日    |             |                                             |    | 年                                         |  | 月 | 日 |                   |    | 因    | 年滿二十歲卑親屬加保原因代碼<br>(詳見說明八) |   |   |  |
|             |    |      |                                           |  |   |      |             |                                             |    |                                           |  |   |   |                   |    | 日期   | 年                         | 月 | 日 |  |
|             |    |      | 出生年月日(民前出生者請加「-」)                         |  |   |      |             |                                             |    | 出生年月日(民前出生者請加「-」)                         |  |   |   |                   |    | 原    | 詳見說明七                     |   |   |  |
|             |    |      | 年                                         |  | 月 | 日    |             |                                             |    | 年                                         |  | 月 | 日 |                   |    | 因    | 年滿二十歲卑親屬加保原因代碼<br>(詳見說明八) |   |   |  |
|             |    |      |                                           |  |   |      |             |                                             |    |                                           |  |   |   |                   |    | 日期   | 年                         | 月 | 日 |  |
|             |    |      | 出生年月日(民前出生者請加「-」)                         |  |   |      |             |                                             |    | 出生年月日(民前出生者請加「-」)                         |  |   |   |                   |    | 原    | 詳見說明七                     |   |   |  |
|             |    |      | 年                                         |  | 月 | 日    |             |                                             |    | 年                                         |  | 月 | 日 |                   |    | 因    | 年滿二十歲卑親屬加保原因代碼<br>(詳見說明八) |   |   |  |
|             |    |      |                                           |  |   |      |             |                                             |    |                                           |  |   |   |                   |    | 日期   | 年                         | 月 | 日 |  |
| 投保單位名稱：     |    |      |                                           |  |   |      |             |                                             |    | 單位圖記<br>或<br>印信                           |  |   |   | 健保局填用             | 受理 | 資料登錄 | 資料校對                      |   |   |  |
| 通訊地址：       |    |      |                                           |  |   |      |             |                                             |    |                                           |  |   |   |                   |    |      |                           |   |   |  |
| 電話：         |    |      |                                           |  |   |      |             |                                             |    |                                           |  |   |   |                   |    |      |                           |   |   |  |
| 負責人：        |    |      |                                           |  |   |      |             |                                             |    | 經辦人：                                      |  |   |   |                   |    |      |                           |   |   |  |

※辦理加保手續請參閱背面說明

1106



歸檔批頁號

黏貼裝訂請勿超過此裁切線

填表說明：

- 一、本表供第一類至第三類被保險人及其眷屬辦理投保時填用，請影印一份留存備查。
- 二、被保險人及其眷屬同時投保時，請分別各填一列；投保者是眷屬時，亦需填寫被保險人基本資料。
- 三、全民健康保險效力自合於投保條件之當日零時起生效。
- 四、全民健康保險被保險人之薪資高於勞工保險「投保薪資分級表」最高級為高者，仍應按「全民健康保險投保金額分級表」實際級數申報。
- 五、全民健康保險之投保金額不得低於勞工保險之投保薪資。
- 六、眷屬稱謂代號請依下列規定填寫：

|                      |    |    |    |     |     |      |      |      |       |
|----------------------|----|----|----|-----|-----|------|------|------|-------|
| 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 |
| 跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書 |    |    |    |     |     |      |      |      |       |

- 七、「合於健保投保條件」之「原因」欄請詳列，如到職、任職、復職、入會、新生嬰兒、結婚、收養、改變身分投保、更換所依附之被保險人、入境及跨親等（眷屬稱謂欄代號 4-9 者）等。
- 八、年滿二十歲二親等內直系血親卑親屬：如子女、孫子女、外孫子女，以眷屬身分投保時請依所列英文符號加註於「合於健保投保條件」之「年滿二十歲卑親屬加保原因」欄內：

|    |                                        |
|----|----------------------------------------|
| 符號 | 原因                                     |
| S  | 在學就讀且無職業                               |
| P  | 受禁治產宣告尚未撤銷                             |
| A  | 領有身心障礙手冊且不能自謀生活                        |
| H  | 罹患符合本法第三十六條所稱重大傷病且無職業                  |
| G  | 應屆畢業自當學年度終了日起一年內且無職業或服兵役退伍自退伍日起一年內且無職業 |

- 九、未依法辦理投保手續即死亡者，不得由他人代為補辦追溯加保手續。
- 十、本表請以掛號郵寄（請將掛號執據貼於存底聯保存）或派人專送。

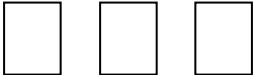
票請  
掛貼  
號足  
郵郵

電 通 投 投  
話 訊 保 保  
： 址 單 單  
： 址 位 位  
： 址 代 代  
： 址 號 號  
： 址 稱 稱

中央健康保險局

（請詳填收件單位名稱）

分局 啟



黏貼裝訂請勿超過此裁切線