

國立東華大學附設實驗國民小學 全民健康保險對象異動申請表

被保險人	姓 名		身分證字號 (填寫居留證號碼者最後一格註明性別)		出生年月日 (民前出生者請加註)	異動類別 (請填加保、轉出、轉入、退保、停保、復保)	異動日期
					年 月 日		年 月 日
眷屬稱謂				☐ 正常 ☐ 輕度身障 ☐ 中度身障 ☐ 重度身障	年 月 日		年 月 日
				☐ 正常 ☐ 輕度身障 ☐ 中度身障 ☐ 重度身障	年 月 日		年 月 日
				☐ 正常 ☐ 輕度身障 ☐ 中度身障 ☐ 重度身障	年 月 日		年 月 日
				☐ 正常 ☐ 輕度身障 ☐ 中度身障 ☐ 重度身障	年 月 日		年 月 日
				☐ 正常 ☐ 輕度身障 ☐ 中度身障 ☐ 重度身障	年 月 日		年 月 日
		申請人： (簽章) 年 月 日					
		備註： 1. 申請新加保、轉入者，請檢附戶口名簿影本一份，由前一單位轉出者，請另檢附轉出申報表影本一份。 2. 預定出國六個月以上欲申請停保者，異動日期請填寫實際出境日期，出國期間請停止使用健保 IC 卡。 3. 已申請停保者，若回國後欲辦理復保時，請檢附全部護照影印本一份。					