

# 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 |   |   |   |
|---------------------|-----|---------|---|---|---------|--|--|--|-------------|---|---|---|
|                     |     | 民<br>前  | 年 | 月 | 日       | <input type="checkbox"/> 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"/> I-受刑<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>(填寫居留證號碼者請於最後一格<br>以英文字母註明性別男-M、女-F) | 姓 名 | 出 生 日 期 |   |   | 代<br>號 | 退 保 原 因 |  |  |  | 原 因 發 生 日 期 |   |   |
|---|-----|---------|---|---|--------|---------|--|--|--|-------------|---|---|
|   |     | 民<br>前  | 年 | 月 |        | 日       | <input type="checkbox"/> 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"/> I-受刑<br><input type="checkbox"/> M-死亡<br><input type="checkbox"/> U-喪失投保資格 |  |  |             | 年 | 月 |
|   |     |         |   |   |        |         |  |  |  |             |   |   |
|   |     |         |   |   |        |         |  |  |  |             |   |   |
|   |     |         |   |   |        |         |  |  |  |             |   |   |
|   |     |         |   |   |        |         |  |  |  |             |   |   |
|   |     |         |   |   |        |         |  |  |  |             |   |   |

### 參、退保者原投保戶籍地址：

|      |      |        |          |         |        |   |     |   |   |   |   |
|------|------|--------|----------|---------|--------|---|-----|---|---|---|---|
| 戶籍地址 | 郵遞區號 | 縣<br>市 | 鄉鎮<br>市區 | 村里<br>鄰 | 路<br>街 | 段 | 巷   | 弄 | 號 | 樓 | 室 |
| 聯絡電話 |      | (公)    |          |         |        |   | (宅) |   |   |   |   |

### 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<br>圖 記 | 經 辦 人<br>簽 章 |  |
|-----------------|----------------------------|----------------------------|-------------|--------------|--|

投保單位代號：

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 I：指在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。  
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     |
|-----------------------|----|----|----|-----|-----|------|------|------|-------|
| 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。 |    |    |    |     |     |      |      |      |       |

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、受刑、死亡、喪失投保資格者，應檢附相關證明文件始得辦理，並需繳回健保卡。

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民政課(或健保課)。

掛號郵寄  
請貼足郵票

聯絡電話：

寄件人地址：

區市鎮鄉

公所  
民政課  
(健保課)  
收



市 縣

市 區 鄉 鎮

街 路

段 巷 弄 號 樓

