

全民健康保險保險對象變更事項申報表


收 件 章	分區業務組	○○業務組
	民國 1 0 6 年 0 5 月 3 0 日 申報	
	民國 1 0 6 年 0 5 月 份 第 0 1 號 表	

表號：承表 Q V R

投保單位代號 1 2 0 1 2 3 4 5 6

被保險人資料變更 (變更前原報資料) (下列各欄請按原報資料填寫)												變更後資料 (僅填寫有變更之項目, 未變更無需填寫)																																	
姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)								出生年月日 (民前出生者請 加註「-」)				委託安置低 收入戶之縣 市政府代碼 (如說明 三)	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)								出生年月日 (民前出生者請 加註「-」)				委託安置低 收入戶之縣 市政府代碼 (如說明三)																		
									民前	年	月	日											民前	年	月	日																			
甄氣	Z	1	9	9	9	9	9	7	2					5	9	1	1	0	3																										

相關眷屬資料變更 (變更前原報資料) (下列各欄請按原報資料填寫)												變更後資料 (僅填寫有變更之項目, 未變更無需填寫)												備 註																					
姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)								出生年月日 (民前出生者請 加註「-」)				姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)								出生年月日 (民前出生者請 加註「-」)				眷 屬 (稱謂代號詳 見說明四)																			
									民前	年	月	日										民前	年		月		日	稱謂代號																	
甄小健	Z	1	9	9	9	9	9	6	3					9	1	0	9	0	1											9	1	0	8	0	1										

投保單位名稱：○○○股份有限公司												<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">單位圖記 或 印 信</div> <div style="text-align: center;">  填表範例 </div> </div>																							
通訊地址：○○市○○區○○路○段○○號																																			
電 話：03-○○○○○○○○												<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">健保署填用</th> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">受 理</td> <td style="width: 25%;">資 料 鍵 錄</td> <td style="width: 25%;">資 料 校 對</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>歸 檔 批 頁 號</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>												健保署填用				受 理	資 料 鍵 錄	資 料 校 對		歸 檔 批 頁 號			
健保署填用																																			
受 理	資 料 鍵 錄	資 料 校 對																																	
歸 檔 批 頁 號																																			
負 責 人： 用印 (印章) 經辦人： 用印 (印章)																																			

※填表時，請參閱背面說明
 本署於受理並完成變更資料時，將註銷原使用之健保卡，故請保險對象另填「請領健保卡申請表」，並繳交工本費 200 元，申請換發新卡。

填表說明：

- 一、本表由投保單位填寫 1 份送衛生福利部中央健康保險署分區業務組，並請影印 1 份留存備查。
- 二、被保險人或其眷屬如更正或變更姓名、國民身分證統一編號、出生日期時，請檢附國民身分證或戶籍證明文件或居留證或護照影本。
- 三、委託安置的縣市政府代碼：

縣市別	台北市	高雄市	基隆市	新竹市	台中市	台南市	嘉義市	新北市	桃園市	新竹縣
代碼	01	02	11	12	17	21	22	31	32	33
縣市別	宜蘭縣	苗栗縣	彰化縣	南投縣	雲林縣	嘉義縣	屏東縣	澎湖縣	花蓮縣	台東縣
代碼	34	35	37	38	39	40	43	44	45	46
縣市別	金門縣	連江縣								
代碼	90	91								

四、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	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	受監護人
	跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書									

五、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。

健保承保專用表格郵寄單位及地址

郵寄單位 (健保署轄區業務組)	地址	投保單位所在地
衛生福利部中央健康保險署 臺北業務組	10439 臺北市中山區中山北路1段7號 郵寄請寄： 10099 台北郵政 30-200 號信箱	臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣
衛生福利部中央健康保險署 北區業務組	32005 桃園市中壢區中山東路3段525號	桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣
衛生福利部中央健康保險署 中區業務組	40709 臺中市西屯區市政北一路66號	臺中市、南投縣、彰化縣
衛生福利部中央健康保險署 南區業務組	70006 臺南中西區公園路96號	雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市
衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組	80147 高雄市前金區中正四路259號	高雄市、屏東縣、澎湖縣
衛生福利部中央健康保險署 東區業務組	97049 花蓮市軒轅路36號	花蓮縣、臺東縣

請貼足
郵票
掛號郵寄

□□□ - □□

單位地址：

單位名稱：

電話：

投保單位代號：

□□□ - □□

衛生福利部中央健康保險署

業務組啟

黏貼裝訂請勿超過此裁切線

黏貼裝訂請勿超過此裁切線