

支票變更申請書

☐保費退費 ☐自墊核退醫療費用

日期： 年 月 日

申請項目	☐ 逾期1年支票重開(逾期10年不予受理) ☐ 支票抵欠費 ☐ 更改支票寄送地址 ☐ 更改支票抬頭(限同一主體、死亡、獨資/合夥/法人單位已消滅不存在者申請) ☐ 註銷禁止背書轉讓(限金額未達50萬元,且需現場辦理) ☐ 註銷平行線(限金額未達50萬元,且需現場辦理) ☐ 其他:		
支票號碼:		支票金額:	
原始支票抬頭		變更後支票抬頭	
原受款人姓名/ 單位名稱		新受款人姓名/ 單位名稱	
身分證號碼/ 單位代號/統編		身分證號碼/ 單位代號/統編	(與原受款人關係:)
變更原因	☐ 逾期無法兌領 ☐ 沖抵保費 ☐ 地址變更 ☐ 無金融機構帳戶 ☐ 名字錯誤 ☐ 服刑 ☐ 死亡 ☐ 單位已停(歇)業 ☐ 其他:		
檢附文件	一、必備文件: ☐ 支票 ☐ 身分證或居留證影本 ☐ 戶口名簿或戶籍謄本影本(限未領有身分證者) 二、另依原支票受款人發生死亡/停歇業/服刑等情況,需檢附下列文件: ☐ 死亡證明文件及親屬關係證明文件 ☐ 停歇業核准函 ☐ 服刑證明書影本 ☐ 委託書(代人申請者需檢附) ☐ 其他:		
支票變更後 領取方式	☐ 現場領取(申請註銷平行線或禁止背書轉讓者,限現場領取) ☐ 請掛號郵寄至(地址):		
沖抵保費資訊	◎沖抵對象姓名或單位名稱: ◎沖抵保費年月: ◎沖抵對象身分證號或單位代號:		
備註	1. 現場申請者,請檢附申請人身分證明文件正本;惟若現場申請變更支票抬頭者,請檢附原受款人及新受款人身分證明文件正本。 2. 委託他人現場申請者,需一併檢附受託人身分證明文件正本及委託書。 3. 單位已停(歇)業,請檢附單位負責人身分證影本。		

支票變更倘有糾紛,申請人願負一切法律責任,與中央健康保險署無關。

此致 衛生福利部中央健康保險署

單位名稱(大小章): 單位代號: 電話:

申請人(簽章): 身分證號: 電話:

法定代理人(簽章): 身分證號: 電話:

受託人(簽章): 身分證號: 電話:

(與委託人關係:)

本人受委託全權代為辦理更改支票記載事項,若有不實願負一切法律責任。

承辦單位			綜合行政科		
承辦人	複核人員	科長	承辦人	複核人員	科長

衛生福利部中央健康保險署各分區業務組地址及電話一覽表

業務組	地址	電話	轄區範圍
臺北業務組	100008 臺北市中正區公園路 15-1 號	(02)2191-2006	臺北市、新北市、 基隆市、宜蘭縣、 金門縣、連江縣
北區業務組	320216 桃園市中壢區中山東路 3 段 525 號	(03)433-9111	桃園市、新竹市、 新竹縣、苗栗縣
中區業務組	407666 臺中市西屯區市政北一路 66 號	(04)2258-3988	臺中市、彰化縣、 南投縣
南區業務組	700203 臺南市中西區公園路 96 號	(06)224-5678	雲林縣、嘉義市、 嘉義縣、臺南市
高屏業務組	801663 高雄市前金區中正四路 259 號	(07)231-5151	高雄市、屏東縣、 澎湖縣
東區業務組	970009 花蓮縣花蓮市軒轅路 36 號	(03)833-2111	花蓮縣、臺東縣

修改日期：115.06