

# 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	<input type="checkbox"/> 逾期1年支票重開 <input type="checkbox"/> 支票抵欠費 <input type="checkbox"/> 更改支票寄送地址 <input type="checkbox"/> 更改支票抬頭 <input type="checkbox"/> 註銷禁止背書轉讓(限金額未達50萬元，且需現場辦理) <input type="checkbox"/> 註銷平行線(限金額未達50萬元，且需現場辦理) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 逾期無法兌領 <input type="checkbox"/> 沖抵保費 <input type="checkbox"/> 地址變更 <input type="checkbox"/> 無金融機構帳戶 <input type="checkbox"/> 名字錯誤 <input type="checkbox"/> 服刑 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 單位已停(歇)業 <input type="checkbox"/> 其他：				
檢附文件	<input type="checkbox"/> 原支票 <input type="checkbox"/> 身分證或居留證影本 <input type="checkbox"/> 戶口名簿或戶籍謄本影本 <input type="checkbox"/> 停歇業核准函 <input type="checkbox"/> 死亡證明文件及親屬關係證明文件 <input type="checkbox"/> 服刑證明書影本(現場申請應檢附正本) <input type="checkbox"/> 委託書(代人申請者需檢附) <input type="checkbox"/> 其他：				
支票變更後 領取方式	<input type="checkbox"/> 現場領取(申請註銷平行線或禁止背書轉讓者，限現場領取) <input type="checkbox"/> 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，若申請變更支票抬頭，請檢附原受款人及新受款人身分證明文件正本，若委託他人申請，需一併檢附受託人身分證明文件正本及委託書。 2. 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：\_\_\_\_\_

受託人(簽章)：\_\_\_\_\_ 身分證號：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

(與原受款人關係：\_\_\_\_\_)

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

