


全民健康保險保險對象退保申報表

表號：承表 L

| 投保單位代號 | | | | | | | | | | 收 件 章 | | | 分區業務組 | | | 業 務 組 | | | | | | |
|---|---------|----------------------|--|--|---------------------------------|---|--------|----------------------|-------------|-------|------------------|-----------------------|---|---------|---|----------|---|----------|----|---|--|--|
| | | | | | | | | | | 民國 | | 年 | 民國 | | 年 | 月 | | 日 | 申報 | | | |
| 退保者 (打 V) | 被 保 險 人 | | | | 相 關 眷 屬 | | | | 投 保 單 位 填 寫 | | | | 核 定 生 效 日 期 (健保署填寫) | | | | | | | | | |
| 本 眷 人 屬 | 姓 名 | 國民身分證統一編號 (居留證號碼) | | | 雇 主 轉 出 請 打 V | 專 技 自 行 執 業 者 轉 出 打 V | 姓 名 | 國民身分證統一編號 (居留證號碼) | | | 退 保 原 因 | | 退 保 原 因 期 | | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | | |
| | | | | | | | | | | | 轉 出 (請打 V) | 不 具 健 保 資 格 (請填代號) | 發 生 日 期 | 發 生 日 期 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※請轉知保險對象，本保險為強制性保險，轉出後請儘速至新投保單位辦理投保手續，無職業且未具眷屬資格者，請至戶籍所在地鄉（鎮、市、區）公所投保；近期內預定出國連續 6 個月以上且選擇辦理停保者，務必於新投保單位辦理投保及停保手續。 | | | | | | | | | | | 健 保 署 填 用 | | | | | | | | | | | |
| 投保單位名稱： 通訊地址： 電 話： 負 責 人： | | | | | | | | | | | 單位圖記 或 印 信 | |  | 受理 | | 資料 鍵錄 | | 資料 校對 | | | | |
| | | | | | | | | | | | 歸 檔 批 頁 號 | | | | | | | | | | | |

備註：保險對象轉出後如無職業，具眷屬資格者應以眷屬身分依附投保，如無職業且未具眷屬資格則請攜帶身分證、戶口名簿（攜眷者）、印章至戶籍所在地鄉（鎮、市、區）公所投保。

※專技自行執業者轉出，請檢附退保轉出證明文件(如已非合夥人關係之證明文件或其他單位受僱證明等…)

※辦理員工追溯轉出逾 6 個月時，請檢附員工離職申請書或其他相關證明文件。

※填表時，請參閱背面說明。

填表說明：

- 一、本表供第一類至第六類被保險人（第六類第二目除外）及其眷屬退保時填用，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、職業工會、農、漁、六類被保險人或各類眷屬，若已受僱於一定雇主，應由其受僱之投保單位辦理參加全民健康保險，原投保單位辦理退保。
- 三、全民健康保險之效力，自退保原因發生之當日24時停止。
- 四、全民健康保險退保原因請依規定填寫，並於原因別欄勾選「轉出」或填「不具健保資格」代號。
- 五、轉換投保單位或改變投保身分者，請於「退保原因欄」勾選「轉出」。
例如：
 - （一）第一類被保險人離職（含免職、撤職、停役）、退役、退休（資遣）等。
 - （二）第二類及第三類被保險人喪失會員資格。
 - （三）第四類被保險人喪失無依軍眷或在卹遺族資格。
 - （四）第五類保險對象喪失低收入戶資格。
 - （五）第六類保險對象轉換安置的社會福利服務機構。
 - （六）各類保險對象轉換為其他類保險對象。
 - （七）眷屬終止收養關係、離婚或成年不具眷屬續保資格。
- 六、被保險人退保時、其眷屬應隨同退保，並於「本人」欄位打V；被保險人仍繼續加保，僅申報眷屬單獨退保時，仍應填寫被保險人資料，並於「眷屬」欄位打V。
- 七、有關保險對象因轉換投保單位或改變投保身分辦理退保手續時，為避免保險對象投保紀錄中斷並保護個人資料隱私，投保單位應去除（遮蓋）本表其他保險對象資料後，再影印1份交保險對象持往新投保單位辦理投保手續。
- 八、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 | 104005 臺北市中山區中山北路1段7號 郵寄請寄： 100930 台北古亭郵政第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 | 320216 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 | 407666 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 | 700203 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 | 801663 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 | 970009 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