

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										1	1	9	8	9	9	8	4																																																														
收 件 章		分區業務組				○○業務組																																																																									
		民國	1	0	6	年	0	6	月	0	5	日	申報																																																																		
		民國	1	0	6	年	0	6	月	份第		0	1	號表																																																																	
退保者 (打 V)		被 保 險 人										相 關 眷 屬										投 保 單 位 填 寫										核 定 生 效 期																																															
本		姓 名										國民身分證統一編號 (居留證號碼)										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										日 期 (健保署填寫)																	
眷 屬																																										轉出 (請打 V)										不具健保資格 (請填代號)																				退 保 原 因 期							
																																										E-失蹤 M-死亡 U-喪失健保資格										年 月 日										年 月 日																	
例一：		V	張曉明										A 1 2 3 3 8 1 1 1 1																				V																				1 0 6 0 6 0 5																										
		提醒：被保險人離職，所攜眷屬會一併轉出，無須另行填寫。若欲同時辦理勞保、勞退，請使用三合一表格。																																																																													
例二：		V	張榮發										H 1 2 1 5 5 5 5 5 5										簡惠珠										P 2 2 3 3 4 4 5 5 5										V										1 0 6 0 6 0 5																										
		提醒：若欲辦理眷屬單獨轉出，請填寫所依附之被保險人，並勾選眷屬。																																																																													
※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。																														健 保 署 填 用																																																	
投保單位名稱：○○股份有限公司																														單位圖記 或 印 信																				受理										資料 鍵錄										資料 校對									
通訊地址：○○市○○區○○路○段○○號																																																		歸 檔 批頁號																													
電話：03-○○○○○○○○○																														用印 (印章)										經辦人：										用印 (印章)																													
負責人：																																																																															

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 臺北古亭郵局第 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 臺南市中西區公園路 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