

全民健康保險保險對象復保申報表

表號：承表 N（復保）

投保單位代號										1	1	9	8	9	9	9	8	4																																																			
復保者 (打√)		被保險人 (僅申報眷屬復保時，仍應填寫本欄)										眷 屬										投保金額 (被保險人復保時填寫)										原因別 (打√)			復保原因 發生日期			核定 生效日期 (健保署填寫)																															
本	眷	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)																				復保			年 月 日			年 月 日																											
人	屬	張曉明		Z	1	2	3	4	5	6	7	8	9	陳東英		Z	2	3	4	5	6	7	8	9	0											出 國 逾 六 個 月 返 國			失 蹤 六 個 月 內 尋 獲			1 1 3 1 2 2 3																											
	V																																																																				
簽章欄		被保險人辦理本人或眷屬復保者，請於下列簽章： 一、被保險人簽章： 二、代理人（受託人）簽章： 備註：本表如填報2位以上被保險人，請於「被保險人簽章」或「代理人（受託人）簽章」後依序簽章。																																																																			
投保單位名稱：00股份有限公司																				單位圖記 或 印信																				健保署填用																													
通訊地址：00市00區00路00段00號																																								受理										資料 鍵錄										資料 校對									
電 話：00-00000000																																								歸檔 批頁號																													
負 責 人：																				(印章)										經辦人：										(印章)																													

※辦理復保手續請參閱背面說明。如有疑問，請洽健保署免付費電話0800-030-598，或至健保署網站查詢（網址：<http://www.nhi.gov.tw>）。

全民健康保險保險對象復保申報表

黏貼裝訂請勿超過此裁切線

填表說明：

- 一、本表供保險對象辦理復保時填用，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，並影印1份留存備查。
- 二、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。
- 三、停、復保規定如有變更，以本署公告為準。

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	<u>104005</u> 臺北市中山區中山北路1段7號 郵寄請寄： <u>100930臺北古亭郵局第200號信箱</u>	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	<u>320216</u> 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	<u>407666</u> 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	<u>700203</u> 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	<u>801663</u> 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	<u>970009</u> 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