

全民健康保險第六類保險對象投保申報表

(請勾選) K 第一類至第四類投保單位同意代辦第六類第二目及安置保險對象以其為投保單位者填用
 J 榮民、榮民遺眷之家戶代表及其眷屬(單位代號前二碼為61或62者)填用
 (員工、會員等第一類至第四類被保險人及其眷屬,請勿填用此表)

表號：承表 J.K

投保單位代號												收件章	分區業務組				業務組						
													民國			年			月			日	申報
													民國			年			月份第			號表	
投保者 (打√)	被保險人					眷屬					出生年月日 <small>(民前出生者請加註「一」)</small>				合於投保條件 (投保單位填寫)				核定生效日期 (健保署填寫)				
本人 眷屬	姓名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)	榮民 或 榮民遺眷 (請打√)	姓名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)	稱謂	代號	年 月 日				原因 <small>(詳說明五~七)</small>	日 期				年 月 日						
								民前	年	月	日		年	月	日	年	月	日					

填表說明

一、本表供第六類被保險人及其眷屬辦理投保時填用,由投保單位填寫一份送衛生福利部中央健康保險署分區業務組,並影印一份留存備查。
 二、第六類被保險人係指無薪資所得、營利所得、執行業務所得;未參加職業工會、農會、漁會、農田水利會等;非屬軍眷之家戶代表或低收入戶成員。
 三、被保險人及其眷屬同時投保時,應分別各填一列;投保者是眷屬時,與被保險人並列填寫,並應填寫被保險人本人的姓名及國民身分證統一編號。
 四、眷屬的稱謂及代號請依下列規定填寫:

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	p
稱謂	配偶	父母	子女	祖父母	孫子女	外祖父母	外孫子女	曾祖父母	外曾祖父母	受監護人

五、被保險人合於投保條件的原因請詳列,如:設籍滿六個月、退休、無職業……等。
 六、眷屬合於投保條件的原因請詳列,如:喪失被保險人身份、新生嬰兒、結婚、設籍滿六個月、外籍人士取得居留証期滿六個月、收養……等。
 七、成年二親等內直系血親卑親屬,合於投保條件僅限下列原因,依所列英文符號填寫:

符號	S	P	A	H	G
原因	在學就讀且無職業	受監護宣告尚未撤銷	領有身心障礙手冊且不能自謀生活	罹患符合本法所稱重大傷病且無職業	應屆畢業或服兵役退伍一年內且無職業

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。

投保單位名稱:	單位圖記 或 印信		健 保 署 填 用	受 理	資 料 鍵 錄	資 料 校 對
通訊地址:						
電話:						
負責人:	(印章) 經辦人:	(印章)				

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</u>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	<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> 花蓮縣花蓮市軒轅路36號	花蓮縣、臺東縣