全 民 健 康 保 險

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 承表三 |  第六類保險對象復保申請表 | 填表日期 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |

**壹、被保險人**(□只辦理眷屬復保時，須同時填寫被保險人的國民身分證統一編號、姓名及眷屬資料。)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 國民身分證統一編號（居留證號） | 姓 名 |  | 原因發生日期 | 核定生效日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 復保□ | 失蹤六個月內尋獲者 |  | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 |
| 出生日期 | 年 | 月 | 日 | 返國復保 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 聯絡電話 | （宅） （手機） |
| 通訊地址 | 縣 | 鄉鎮 | 村里 | 路 | 段 巷 弄 號 樓 室 |
| 市 | 市區 | 鄰 | 街 |
| 電子郵件信箱 |  @ |

**貳、眷 屬**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 國民身分證統一編號（居留證號碼） | 姓 名 | 出生日期 |  | 復保□ | 原因發生日期 |  | 核定生效日期 |
| 年 | 月 | 日 | 失內蹤尋六獲個者月 | 返國復保 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**參、被保險人簽章：**

（蓋章）

**代理人（受託人）簽章：**

受託人電話：

**肆、投保單位審核結果：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本表各欄與證明文件記載是否相符 | 是 □否 □ | 投保單位圖記 |  | 經辦人簽章 |  |
|

投保單位代號： 62000 投保單位名稱：