

投保單位合夥人加保聲明書

本投保單位_____為合夥組織型態，
由_____共同
合夥經營，由_____擔任負責人。

- 其他合夥人亦係聯合執行業務，依健保法第 10 條第 1 項第 5 款規定，符合專門職業及技術人員自行執業之被保險人身分
- 其他合夥人另為本單位之受僱員工，領有薪資，依健保法第 10 條第 1 項第 2 款規定，符合民營事業、機構受僱之被保險人身分
- 其他

此 致

衛生福利部中央健康保險署○○○業務組

投保單位名稱：

單位圖記

負責人印章

營利事業統一編號：

負責人姓名：

電 話：



中 華 民 國 年 月 日