

## 跨親等/獨立加保聲明書

一、保險對象 \_\_\_\_\_ (身分證號 \_\_\_\_\_)，欲參加全民健保，惟因下列之原因未能依附最近親等之家人投保，特此聲明。

父母離婚、分居或未盡扶養義務(註)。

子女未盡扶養義務(註)。

原應依附對象目前以眷屬身分加保或為低收入戶、服義務役、服刑者、行蹤不明(檢附證明文件)。

持有保護令或出示警政、社政機關介入處理及其他經保險人認定證明文件之家庭暴力被害人。

其他( \_\_\_\_\_ 等因素)(檢附證明文件)。

註：原應依附加保之保險對象如為高薪或雇主，須有證明人，本組將併同參酌審核。

### ※申請跨親等以眷屬身分

依附(姓名) \_\_\_\_\_ (身分證號 \_\_\_\_\_) 投保，應繳之保險費由被保險人負擔。

### ※申請以第六類被保險人獨立投保

於戶籍地 \_\_\_\_\_ 公所，並負擔應繳之保險費。

二、以上聲明若有不實，聲明人願負一切法律責任。

此致

衛生福利部中央健康保險署

臺北  北區  中區

南區  高屏  東區

業務組

聲明人：

身分證號：

與保險對象關係：

聲明人  
簽章

聯絡電話：

行動電話：

地址：

證明人：

身分證號：

與保險對象關係：

證明人  
簽章

連絡電話：

行動電話：

地址：

※當事人臨櫃應出示身分證明文件正本；委任他人代理時應先填妥本聲明書，且代理人應檢具雙方身分證明文件正本。

中 華 民 國 年 月 日