

支票變更申請書

☐保費退費 ☐自墊核退醫療費用

日期： 年 月 日

申請項目	☐ 逾期1年支票重開 ☐ 支票抵欠費 ☐ 更改支票寄送地址 ☐ 更改支票抬頭 ☐ 註銷禁止背書轉讓(限金額未達50萬元，且需現場辦理) ☐ 註銷平行線(限金額未達50萬元，且需現場辦理) ☐ 其他：		
支票號碼：		支票金額：	
原始支票抬頭		變更後支票抬頭	
原受款人姓名/ 單位名稱		新受款人姓名/單 位名稱	
身分證號碼/ 單位代號/統編		身分證號碼/ 單位代號/統編	(與原受款人關係：_____)
變更原因	☐ 逾期無法兌領 ☐ 沖抵保費 ☐ 地址變更 ☐ 無金融機構帳戶 ☐ 名字錯誤 ☐ 服刑 ☐ 死亡 ☐ 單位已停(歇)業 ☐ 其他：		
檢附文件	☐ 原支票 ☐ 身分證或居留證影本 ☐ 戶口名簿或戶籍謄本影本 ☐ 停歇業核准函 ☐ 死亡證明文件及親屬關係證明文件 ☐ 服刑證明書影本(現場申請應檢附正本) ☐ 委託書(代人申請者需檢附) ☐ 其他：		
支票變更後 領取方式	☐ 現場領取(申請註銷平行線或禁止背書轉讓者，限現場領取) ☐ 請掛號郵寄至(地址)：		
沖抵保費資訊	◎沖抵對象姓名或單位名稱： ◎沖抵保費年月： ◎沖抵對象身分證號或單位代號：		
備註	1. 現場申請者，請檢附申請人身分證明文件正本，若申請變更支票抬頭，請檢附原受款人及新受款人身分證明文件正本，若委託他人申請，需一併檢附受託人身分證明文件正本及委託書。 2. 單位已停(歇)業，請檢附單位負責人身分證影本。		

支票變更倘有糾紛，申請人願負一切法律責任，與中央健康保險署無關。

此致 衛生福利部中央健康保險署

單位名稱(大小章)：_____單位代號：_____電話：_____

申請人(簽章)：_____身分證號：_____電話：_____

受託人(簽章)：_____身分證號：_____電話：_____

(與原受款人關係：_____)

本人受委託全權代為辦理更改支票記載事項，若有不實願負一切法律責任。

承辦單位			綜合行政科		
承辦人	複核人員	科長	承辦人	複核人員	科長