

## 保費互抵申請書

本人之眷屬\_\_\_\_\_原依附本人在(單位代號: \_\_\_\_\_ /單位名稱: \_\_\_\_\_)加保,於\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日新成立第1類投保單位(單位代號: \_\_\_\_\_ /單位名稱: \_\_\_\_\_),依規定負責人追溯自\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日起以第1類負責人身分加保,同時原依附加保眷屬身分轉出,轉出所產生之退費,本人同意沖抵新成立單位應繳納之健保費。

此致

衛生福利部中央健康保險署東區業務組

申請人:

(用印)

身分證字號:

聯絡電話:

相對人(眷屬)姓名:

(用印)

身分證字號:

關係:

投保單位名稱:

(單位印章)

單位代號:

聯絡電話:

**\*申請人(被保險人)需檢附身分證明文件影本。**

中華民國

年

月

日