

## 衛生福利部中央健康保險署

## 第二類投保單位辦理健保業務補助申請書

健保費所屬月份：      年      月      收繳率：

1 投保單位代號：			
2 投保單位名稱：			
3 本月健保署通知繳納之保險金額（即保險費計算表所列金額）			
4 本月實際彙繳金額（不含繳納以前月份欠費及滯納金之金額）			
5 繳納日期	年      月      日	健 保 署 審 核 欄	
6 是否檢送 (1)正確欠費名冊 (2)提供欠費達三個月以上 被保險人之地址電話	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(原因：未欠費)		
7 欠繳保險費之被保險人數	人		
8 對欠費者是否檢送催繳證明	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(原因：收繳率已達95%以上)		
9 計費月份 <u>被保險人</u> 人數(不含眷屬人數)	人		
10 已繳納保險費之 <u>被保險人</u> 人數	人	不符合撥付原因： 1、收繳率介於90%至94.99%之間未附催繳證明 2、收繳率未達90%	

申請人：      (印 章)

投保單位名稱：      (印 章)

負責人：

《均請蓋原留印鑑》