**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** |
|  |  |  |  |  |  |