

保費沖抵申請書

本人：

身分證統一編號：

本人之眷屬：

自 年 月 日起以負責人身分加保。

誤投保期間所繳交之健保費，請與新單位之健保費沖抵後，重新核計健保費再行繳納。

此致

衛生福利部中央健康保險署（高屏業務組）

退費申請人：

身分證統一編號：

電話：



(退費申請人印章)

沖抵之單位名稱：

投保單位代號：

負責人：

電話：



(單位印章)



(負責人印章)

中華民國 年 月 日