致理科技大學　眷屬健保 加保／退保　申請書

申請日期：　　年　　月　　日

一、被保險人資本資料

姓名		身分證統一編號/ 居留證號		出生年月日 (民國)	年　　月　　日
服務單位		職　稱		聯絡電話/ 分機	

二、眷屬異動明細

異動別	眷屬姓名	身分證字號/ 居留證號	出生年月日 (民國)	稱謂	成年卑親屬加保原因代號 (詳見備註 2)	異動原因 (詳見備註 3)	異動生效日(民國) (如不符合健保申請規範，需另附佐證資料)
□轉入(加保) □轉出(退保)			年　　月　　日				年　　月　　日
□轉入(加保) □轉出(退保)			年　　月　　日				年　　月　　日
□轉入(加保) □轉出(退保)			年　　月　　日				年　　月　　日

備註

1.眷屬稱謂請填寫：配偶、父母、子女、祖父母、孫子女、外祖父母、外孫子女、曾祖父母、外曾祖父母、受監護人(跨親等投保請另檢附證明文件或聲明書)
2.成年直系卑親屬加保原因代號：(滿 20 歲子女等投保，請於該欄填寫代號)
S-在學就讀且無職業
P-受監護宣告尚未撤銷
A-領有社政主管機關核發之身心障礙證明且不能自謀生活
H-罹患符合本法所稱重大傷病且無職業
G-應屆畢業自當學年度終了之日起一年內且無職業或服兵役退伍自退伍日起一年內且無職業
3.異動原因代號對照：
●轉入(加保)原因：A-新生兒/B-前單位已辦理轉出（附轉出單）/C-退伍（附退伍令影本）/D-出境兩年遭除籍後恢復戶籍滿 6 個月
●轉出(退保)原因：E-轉往新單位（換工作）/F-年滿 20 歲無學籍（或畢業、退學）/G-入伍服役（停保）/I-死亡（註銷）
●若無上述異動原因代號，請直接填寫異動之原因。

申請人簽名

本人同意自健保申報生效日起，由學校於每月薪資中代扣本人及上述眷屬之全民健康保險自付保費。

由人事室填寫

收件日	年　日　日	健保異動完成日期	年　日　日

※本表單蒐集之個人資料，僅限於人事與相關服務目的使用，非經當事人同意，絕不轉做其他用途。個資告知聲明請參考 https://www.chihlee.edu.tw/p/404-1000-55576.php?Lang=zh-tw