

台中市仲介從業人員職業工會

眷屬全民健保轉入、轉出申請書

會員編號_____

| 會 員 資 料 | | | | | | | | | |
|---|-----|-----------|--|--|--|---|-----------|-----------------------------|--|
| 姓 名 | | | | | | 性 別 | 出生年月日 | 年 月 日 | |
| 身分證字號 | | | | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 電 話 | | |
| 通訊地址 | | | | | | 手 機 | | | |
| 眷 屬 相 關 資 料 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 轉入 | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 轉出 | |
| 眷 屬 姓 名 | 稱 謂 | 身 分 證 字 號 | | | | | 出 生 年 月 日 | 轉入(出)日期 | |
| | | | | | | | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | | | | | | | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | | | | | | | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | | | | | | | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | | | | | | | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| <p>申請須知：</p> <p>一、健保轉入者，請檢附欲加保者身分證或戶口名簿影本一份，及健保轉出證明。</p> <p>二、會員依附眷屬，全民健保規定如下：</p> <p>1. 會員之配偶，且無職業者。</p> <p>2. 會員之直系血親尊親屬，且無職業者。</p> <p>3. 會員二等親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業者，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。</p> <p>三、年滿二十歲二親等內直系血親卑親屬，合於健保投保條件，僅限下列原因(請檢附相關證明文件)：</p> <p>A 領有殘障手冊且不能自謀生活者。</p> <p>G 應屆畢業學生，自該年度終了一年內無職業或服兵役退伍，自退伍之日起一年內且無職業者。</p> <p>H 罹患重大傷病且無職業。</p> <p>P 受禁治產宣告尚未撤銷。</p> <p>S 在學就讀且無職業。</p> | | | | | | | | | |
| <p>以上資料係據實填寫，如有不實影響權益時，蓋由申請人負責，若非本人申請，代理人願負一切責任。</p> | | | | | | | | | |
| <p>申請人：</p> <p>代理人：</p> | | | | | | | | | |
| <p>中華民國 年 月 日</p> | | | | | | | | | |