

全民健康保險保險對象變更事項申報表

收 件 章	轄 區 分 局	分局
	民國	年
	月	日
	民國	年
	月份第	號表

表號：承表 Q R

投保單位代號									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被 保 險 人 本 資 料 變 更 (變更, 本欄無須填寫) 如未	更 正 前 資 料 欄 (下列各欄請按原報資料填寫)												更 正 後 資 料 欄 (本欄僅需填寫更正項目之資料, 其他無錯誤項目請勿填寫)													
	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號)					出生年月日 (民前出生者請 加註「-」)			委託安置低 收入戶之縣 市政府代碼 (如說明三)				姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號)					出生年月日 (民前出生者請 加註「-」)			委託安置低 收入戶之縣 市政府代碼 (如說明三)			
							民前	年	月	日							民前	年	月	日						

相 關 眷 屬 資 料 變 更	更 正 前 資 料 欄 (下列各欄請按原報資料填寫)												更 正 後 資 料 欄 (本欄僅需填寫更正項目之資料, 其他無錯誤項目請勿填寫)												備 註		
	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號)					出生年月日 (民前出生者請 加註「-」)			姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號)					出生年月日 (民前出生者請 加註「-」)			眷 屬 (稱謂代號詳 見說明四)								
							民前	年	月	日							民前	年	月	日	稱謂	代號					

投保單位名稱 負 責 人 經 辦 人	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 0 auto;">單位圖記或印信</div>	健 保 局 填 用	受 理	資 料 鍵 錄	資 料 校 對	歸 檔 批 頁 號
	(私章)					
	(私章)					

※填表時，請參閱背面說明填表說明：

- 一、 本表由投保單位填寫一份送中央健康保險局轄區分局，並請影印一份留存備查。
- 二、 被保險人或其眷屬如更正或變更姓名、國民身分證統一編號、出生日期時，請檢附國民身分證或戶籍證明文件或居留證或護照影本。
- 三、 委託安置的縣市政府代碼：

縣市別
 台北市
 高雄市
 基隆市
 新竹市
 台中市
 台南市
 嘉義市
 台北縣
 桃園縣
 新竹縣

代 碼
 01
 02
 11
 12
 17
 21
 22
 31
 32
 33

縣市別
 宜蘭縣
 苗栗縣
 台中縣
 彰化縣
 南投縣
 雲林縣
 嘉義縣
 台南縣
 高雄縣
 屏東縣

代 碼
 34
 35
 36
 37
 38



掛
號
郵
寄

請
貼
足
郵
票

黏貼裝訂請勿超過此裁切線

投
保
單
位
代
號
：
 地
址
：
 電
話
：

投
保
單
位
名
稱
：

中央健康保險局

(請詳填收件單位名稱)

分局 啟

黏貼裝訂請勿超過此裁切線

