

# 全民健康保險保險對象停、復保申報表

(如同時申報停、復保，請分別填寫一份)

收 件 章	轄 區 分 局	分 局																
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;">民國</td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;">年</td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;">月</td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;">日</td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;">申報</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">民國</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;">年</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;">月份第</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;">號表</td> </tr> </table>	民國		年		月		日	申報	民國		年		月份第			號表	
民國		年		月		日	申報											
民國		年		月份第			號表											

表號：承表 M (停保) 承表 N (復保)

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

停(復)保者(打√)	被 保 險 人 (僅申報眷屬停復保時，仍應填寫本欄)		眷 屬				投保金額 (被保險人複保時填寫)	原因別(打√)						停、復保原因 發生日期	本人停保後眷屬異動別(請打√)			核定 生效日期 (健保局填寫)		
	本	眷	姓 名  國民身分證統一編號 (填寫居留證號碼者請於最後一格以英文字母註明性別，男-M、女-F)	姓 名  國民身分證統一編號 (填寫居留證號碼者請於最後一格以英文字母註明性別，男-M、女-F)	停保			復保		年	月	日	保		出	保	年		月	日
	人	屬			預	失		羈	出											

**填 表 說 明**

一、本表供保險對象辦理停、復保時填用，由投保單位填寫一份送中央健康保險局轄區分局，並影印一份留存備查。

二、保險對象有下列情形之一者，得辦理停保，其健保卡請繳回本局轄區分局，並依下列規定勾選停保原因及代碼：

代碼	原 因
D	保險對象失蹤未滿六個月：如失蹤者為被保險人，其眷屬應改按其他身分投保，請於「本人停保後眷屬異動別」的「轉出」欄打「√」。
F	保險對象預定出國六個月以上：出國停保者如為被保險人，其相關眷屬請全部填寫於眷屬欄內，並於「本人停保後眷屬異動別」的適當欄位打「√」。
B	保險對象因案羈押二個月以上：如羈押者為被保險人，其眷屬應改按其他身分投保，請於「本人停保後眷屬異動別」的「轉出」欄打「√」。

三、保險對象停保原因消滅後，請檢附入出境證明、護照全份影本或戶籍謄本等證明文件，依下列規定辦理復保。

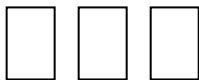
(一) 保險對象失蹤後，於六個月內尋獲者，自停保月份起復保，並補繳保險費。

(二) 保險對象出國六個月以上者，自返國之日辦理復保，並繳納保險費；出國未達六個月，應註銷停保，並補繳保險費。

四、本表請以掛號郵寄(請將掛號執據貼於存底聯保存)或派人專送。

	(印章) 經辦人：	(印章) 單位圖記	健保局填用	受		資料		資料	
	地 址：	或		理		鍵 錄		校 對	
電	話：	印		信	歸				
負 責 人：					檔				
				批					
				頁					
				號					

黏貼裝訂請勿超過此裁切線



# 中央健康保險局

(請詳填收件單位名稱)

## 分局 啟

投保單位名稱：

投保單位代號：

地址：

電話：

請貼足郵票  
掛號郵寄



人人健保 服務永續

黏貼裝訂請勿超過此裁切線