中信科技大學教職員工全民健康保險轉入、轉出申請表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓名 | 身分證字號 或居留證號 | 出生日期 | | | 異動別  請勾選 | | | 生效日期 | | | 眷屬稱謂 | 異動原因 |
| 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 |
| 被保險人 |  |  |  |  |  | □  轉入 | □  轉出 | □  其他 |  |  |  |  |  |
| 眷屬資料 |  |  |  |  |  | □  轉入 | □  轉出 | □  其他 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | □  轉入 | □  轉出 | □  其他 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | □  轉入 | □  轉出 | □  其他 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | □  轉入 | □  轉出 | □  其他 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | □  轉入 | □  轉出 | □  其他 |  |  |  |  |  |

填表說明：

1. 以上資料需據實填寫，如有不實致影響權益時，概由填表人負責。
2. 嗣後填表人或眷屬如有異動（如出生、死亡、結婚、就業、滿二十歲、畢業、返國設籍國內、收養子女等）填表人應即檢附有關證明文件向人事室辦理。
3. 全民健保為強制性保險，凡本校專任教職員工均應填寫本表，若應參加而未參加者，嗣後一經發現，依健保法第六十九條之一規定，處新台幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並追溯自取得投保之日起補繳保費補辦加保。
4. 被保險人轉出(退保)時，眷屬應隨同轉出(退保)，改按其他身分投保。
5. 下列眷屬可依附本人參加全民健保，請填寫眷屬之稱謂(或代號)：1－配偶、2－父母、3－子女、4－祖父母、5－孫子女、6－外祖父母、7－外孫子女、8－曾祖父母、9－外曾祖父母。  
   參加者請繳付身分證正反面影本或最近三個月內申請之戶籍謄本一份(含本人及眷屬)。
6. **轉出(轉換投保單位或改變投保身分)者**之原因如下：眷屬終止收養關係、離婚、卑親屬年滿二十歲未具續保資格、年滿二十歲卑親屬喪失續保資格。  
   **停保者**之原因如下：保險對象失蹤未滿六個月或保險對象預定出國六個月以上。  
   **退保(喪失投保資格)者**之原因如下：死亡、.現役軍人、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分二個月以上、失蹤滿六個月、居留權期滿出境、戶籍辦理遷出、喪失中華民國國籍等。

申請人簽章： 填表日期： 年 月 日