全民健康保險異動申請表

【填表須知】

壹、保險對象：

一、凡本校專任有給人員及其眷屬。

具有同一類二種以上被保險人資格者，應以其主要工作的身分投保。

二、眷屬範圍：

1、被保險人無職業的配偶。

2、被保險人無職業的直系血親尊親屬，包括父母、祖父母、外祖父母、曾祖父母、曾外祖父母等。

3、子女應屆畢業自當學年度終了之日起一年內或服兵役退伍自退伍起一年內且無職業者。

貳、下列人員，不得以眷屬身分參加本院之全民健康保險。

一、具有被保險人資格者，不得以眷屬身分投保。

二、未設住所於國內者。

參、夫妻同為具被保險人資格者，請選擇最有利之一方為子女辦理加保。

肆、本校教職員眷屬如為退休人員且無職業，得選擇依附為本校職員眷屬投保（保費與本人相同）亦得由其原服務單位辦理參加全民健保。

伍、眷屬如有異動（如出生、死亡、結婚、離婚、就業、滿二十歲畢業中止收養關係、入伍服役、受二個以上刑事之執行等），應即檢附證明文件辦理變更。

◆◆

＃填表時請先詳閱填表須知

資料 類別	稱謂	姓名	身分證號	出生日期	異動原因
本人（右列資料必填） 未領健保 IC 卡者請加註 （　　　　　）					
眷屬					

以上資料請據實填寫，如有應填報之眷屬而未填報致影響權益時，概由填表人負責。

填表人簽章：　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日