

全民健康保險被保險人育嬰留職停薪 在原投保單位繼續投保及異動申報表

(本表專供第一類投保單位填用)

表號：承表 W

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

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|-----|--|--|----|----|
| 收件章 | 分區業務組 | | | | | | | | | | 業務組 | | | | |
| | 民國 | | | | | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 申報 |
| | 民國 | | | | | | | 年 | | | 月份第 | | | 號表 | |

壹、被保險人基本資料

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|------|--|------------------------------------|---|---------|--|-------|--|-------|--|-----|--|-------|--|
| 國民身分證統一編號 <small>(居留證號碼)</small> | | | | 姓 名 | | | | 出生日期 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 戶籍地址 | | 郵遞區號 | | 縣 市 | | 鄉 鎮 市 區 | | 村 里 鄰 | | 路 街 段 | | 巷 弄 | | 號 樓 室 | |
| 通訊地址 | | 郵遞區號 | | <input type="checkbox"/> 同 戶 籍 地 址 | | | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | | (日) | | (夜) | | | | | | | | | | | |
| 被保險人簽章： | | | | | | | | | | (蓋章) | | | | | |

貳、留職停薪期間及繼續投保生效日

| | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|---|
| 投保單位填寫 | | | | | | 健保局填寫 | | | | | |
| 育嬰留職停薪期間 | | | | | | 核定生效日期 | | | | | |
| 起 | | | 迄 | | | 起 | | | 迄 | | |
| 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | | | | | | | |

參、留職停薪期間異動

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|---|
| 投保單位填寫 | | | | | | 健保局填寫 | | | | | |
| 項目別 (打√) <input type="checkbox"/> 提前復職 (僅填迄日) <input type="checkbox"/> 展延期間 | | | | | | 核定生效日期 | | | | | |
| 起 | | | 迄 | | | 起 | | | 迄 | | |
| 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | | | | | | | |

肆、投保單位資料

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|--|--|------------------|--|----------------------------------|--|--------|--|---------|--|--------------|--|
| 投保單位名稱： | | | | 單位圖記 或 印 信 | | 健 保 局 填 用 | | 受 理 | | 資 料 鍵 錄 | | 資 料 校 對 | |
| 通 訊 地 址： | | | | | | | | | | | | | |
| 電 話： | | | | | | | | | | | | | |
| 負 責 人： | | | | (印章) | | | | 經 辦 人： | | (印章) | | 歸 檔 批 頁 號 | |
| | | | | | | | | | | | | | |

請貼足
郵票
掛號郵寄

填表說明：

- 一、本表供育嬰留職停薪被保險人選擇在原投保單位繼續投保或前述繼續投保之期間有變動時填用，由投保單位填寫一式二份，一份送健保局，一份留存備查。
- 二、投保單位填寫本表時，第壹項被保險人基本資料欄位及第肆項投保單位資料欄位請務必填寫；第貳項留職停薪期間及繼續投保生效日欄位則供育嬰留職停薪被保險人選擇在原投保單位繼續投保時填寫；第參項留職停薪期間異動欄位則供原申報繼續投保之期間有變動時填寫。
- 三、請檢附被保險人嬰幼兒之戶籍資料影本或其他證明文件。
- 四、被保險人選擇於原投保單位繼續投保，保險費按原投保金額等級計算。其應自行負擔之保險費得遞延三年繳納，保險費繳款單由本局直接寄發被保險人繳納。
- 五、被保險人育嬰留職停薪期間如有變動（如提前復職、展期或喪失留職停薪資格）者，投保單位須再另填具本表(承表 W)，辦理異動申報手續。
- 六、被保險人如有育嬰留職停薪資格異動（如離職退保）、申請停復保、基本資料變更或喪失參加健保資格等情形者，投保單位須依全民健保規定，另行辦理退保、停復保及變更事項等申報手續。
- 七、被保險人在原投保單位繼續投保，其保險效力自本表交寄之當日起算。
- 八、被保險人眷屬如有新增依附投保、停保、復保、基本資料變更、退保及其他異動事項，投保單位須依全民健保規定，另行辦理投保、停復保、基本資料變更事項、退保等申報手續。
- 九、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。

健保承保專用表格郵寄單位及地址

| 郵寄單位 (健保局轄區業務組) | 地址 | 投保單位所在地 |
|------------------------|--|-------------------------|
| 行政院衛生署中央健康保險局 臺北業務組 | 10439 臺北市中山區中山北路1段7號 郵寄請寄： 10099台北郵政30-200號信箱 | 臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣 |
| 行政院衛生署中央健康保險局 北區業務組 | 32005 桃園縣中壢市中山東路3段525號 | 桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣 |
| 行政院衛生署中央健康保險局 中區業務組 | 40709 台中市西屯區市政北一路66號 | 臺中市、南投縣、彰化縣 |
| 行政院衛生署中央健康保險局 南區業務組 | 70006 台南市公園路96號 | 雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市 |
| 行政院衛生署中央健康保險局 高屏業務組 | 80759 高雄市九如二路157號 | 高雄市、屏東縣、澎湖縣 |
| 行政院衛生署中央健康保險局 東區業務組 | 97042 花蓮市軒轅路36號 | 花蓮縣、臺東縣 |

□□□□-□□

單位地址：

單位名稱：

電話：

投保單位代號：

□□□□-□□

行政院衛生署中央健康保險局

業務組啟