



## 臺北醫學大學全民健康保險(眷屬)加退保申請書

申請人姓名：\_\_\_\_\_ 單位：\_\_\_\_\_

身份證字號：\_\_\_\_\_ 職稱：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 聘期：\_\_\_\_\_

申請日期：\_\_\_\_\_

眷 屬 異 動 資 料							
姓 名	身份證字號	出生日期	請勾選異動別			稱謂	備註
			加保	轉出	變更		
		年 月 日					<input type="checkbox"/> 申請健保 IC 卡
		年 月 日					<input type="checkbox"/> 申請健保 IC 卡
		年 月 日					<input type="checkbox"/> 申請健保 IC 卡

說明：一、本表僅適用本校勞保同仁眷屬加保。

二、被保險人或眷屬變更姓名、身分證號、出生年月日，及新生兒加保者，應附國民身分證或戶籍證明文件影本。

三、申請健保 IC 卡者，請提供一張 2 吋照片

四、請務必確實填寫加保或轉出的日期，以便人資處作業。

五、若有疑問，請惠撥分機：2062 劉小姐洽詢。

加/退保生效日： 年 月 日 申請人簽章：