

# 中州科技大學教職員工全民健康保險轉入、轉出申請表

填表日期： 年 月 日

## 一、辦理健保轉入者：轉入日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

被保險人姓名：\_\_\_\_\_，身分證號：\_\_\_\_\_，出生日期：\_\_\_\_\_

稱謂：\_\_\_\_\_，合於條件：\_\_\_\_\_，眷屬姓名：\_\_\_\_\_，身分證號：\_\_\_\_\_，出生日期：\_\_\_\_\_

稱謂：\_\_\_\_\_，合於條件：\_\_\_\_\_，眷屬姓名：\_\_\_\_\_，身分證號：\_\_\_\_\_，出生日期：\_\_\_\_\_

稱謂：\_\_\_\_\_，合於條件：\_\_\_\_\_，眷屬姓名：\_\_\_\_\_，身分證號：\_\_\_\_\_，出生日期：\_\_\_\_\_

稱謂：\_\_\_\_\_，合於條件：\_\_\_\_\_，眷屬姓名：\_\_\_\_\_，身分證號：\_\_\_\_\_，出生日期：\_\_\_\_\_

## 二、辦理健保轉出者：轉出日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

被保險人姓名：\_\_\_\_\_，身分證號：\_\_\_\_\_，出生日期：\_\_\_\_\_

稱謂：\_\_\_\_\_，合於條件：\_\_\_\_\_，眷屬姓名：\_\_\_\_\_，身分證號：\_\_\_\_\_，出生日期：\_\_\_\_\_

稱謂：\_\_\_\_\_，合於條件：\_\_\_\_\_，眷屬姓名：\_\_\_\_\_，身分證號：\_\_\_\_\_，出生日期：\_\_\_\_\_

稱謂：\_\_\_\_\_，合於條件：\_\_\_\_\_，眷屬姓名：\_\_\_\_\_，身分證號：\_\_\_\_\_，出生日期：\_\_\_\_\_

稱謂：\_\_\_\_\_，合於條件：\_\_\_\_\_，眷屬姓名：\_\_\_\_\_，身分證號：\_\_\_\_\_，出生日期：\_\_\_\_\_

## 三、說明：(一) 眷屬轉入者：

### 1. 眷屬資格：

(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，外祖父母等。

(3) 被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或仍在學就讀且無職業者，包括子女、孫子女、外孫子女。

### 2. 檢附下面資料：

(1) 在台灣地區辦理戶籍出生登記之新生嬰兒加保者：

※戶口名簿影本或戶籍謄本影本乙份。

(2) 已有加保紀錄，並有前投保單位之轉出單影本者：

※原投保單位之健保轉出單影本乙份及戶口名簿影本或戶籍謄本影本乙份。

(3) 其餘眷屬初次加保者，依全民健保法第十條之規定，需在台灣設籍或居留滿四個月後，檢附相關證明文件，至人事室辦理加保。

## (二) 轉出者：

(1) 填寫本申請表。

(2) 本室會給予一份轉出單影本，交由轉出者到新單位辦理加保，如需郵寄請填寫地址：□□□-□□□\_\_\_\_\_。

## 四、備註：請於上方稱謂及合於條件，填寫代號請參考下方。

【稱謂代號】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 0. 其他榮民遺眷 P. 受監護人

【合於健保投保條件】1. 隨同被保險人加保 2. 喪失被保險人身分 3. 新生嬰兒 4. 結婚 5. 收養  
6. 更換所依附之被保險人 A. 領有殘障手冊且不能自謀生活 G. 應屆畢業或服兵役退伍且無職業  
P. 受禁治產宣告尚未撤銷 S. 在學就讀且無職業