國 立 旗 山 高 級 農 工 職 業 學 校

全民健康保險教職員眷屬加保、退保、變更資料申請單

單 位：

姓 名：

身分證號：

出生日期：

聯絡電話：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 眷 屬 | | | | 請打V | | | | 加、退、變更 | 備  註 |
| 稱  謂 | 姓名 | 身分證號 | 出生日期 | 加保 | 退保 | 轉出 | 變更 | 原因及日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

說明：一、本表僅適用本校編制內教職員眷屬。

二、被保險人或眷屬變更姓名等個人資料，應附國民身分證及戶籍證明文件影本。

三、眷屬加全民健康保險，請檢附前投保單位全民健康保險轉出申報表影本。

中華民國 年 月 日