|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 全民健康保險保險對象退保申報表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 收 件 章 | | | 分區業務組 | | | | | | | | | | | | 業務組 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 表號：承表L | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | 民國 | | |  | |  | | |  | | 年 | |  | |  | | | 月 | |  | |  | | | 日 | | 申報 | | | |
| 投保單位代號 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | 民國 | | |  | |  | | |  | | 年 | |  | |  | | | 月份第 | | | | | | |  | |  | | 號表 | |
| 退保者  (打V) | | 被　　　保　　　險　　　人 | | | | | | | | | | | | | 相　　關　　眷　　屬 | | | | | | | | | | | 投　　保　　單　　位　　填　　寫 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 核定生效  日期  (健保署填寫) | | | | | | | | | | | | | | |
| 本  人 | 眷  屬 | 姓 名 | 國民身分證統一編號  (居留證號碼) | | | | | | | | | | 雇  主  轉  出  請  打  V | 專  技  自  行  執  業  者  轉  出  打  V | 姓 名 | 國民身分證統一編號  (居留證號碼) | | | | | | | | | | **退保原因** | | | | 退 保 原 因  發 生 日 期 | | | | | | | | | | | | | | |
| **轉出**  （請打V） | | **不具健保資格**  （請填代號） | |
| 離職、退休(役、會)  第四類第三目轉出者 | 眷屬轉換單位 | E-失蹤  M -死亡  U-喪失健保資格 | | 年 | | | | | | | 月 | | | | 日 | | | | 年 | | | | | | | | 月 | | | | 日 | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |
| ※請轉知保險對象，本保險為強制性保險，轉出後請儘速至新投保單位辦理投保手續，無職業且未具眷屬資格者，請至戶籍所在地鄉（鎮、市、區）公所投保；近期內預定出國連續6個月以上且選擇辦理停保者，務必於新投保單位辦理投保及停保手續。  **填表範例**  單位圖記  或  印信  投保單位名稱：  通 訊 地 址：  電 話：  負 責 人： （印章） 經辦人： （印章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 健 保 署 填 用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受理 | |  | | 資料  鍵錄 | | | | |  | | | | | | | | | | 資料  校對 | | | | | |  | | | | | | | |
| 歸 檔  批頁號 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備註：保險對象轉出後如無職業，具眷屬資格者應以眷屬身分依附投保，如無職業且未具眷屬資格則請攜帶身分證、戶口名簿（攜眷者）、印章至戶籍

所在地鄉(鎮、市、區)公所投保。

※專技自行執業者轉出，請檢附退保轉出證明文件(如已非合夥人關係之證明文件或其他單位受僱證明等…)

※辦理員工追溯轉出逾6個月時，請檢附員工離職申請書或其他相關證明文件。 全民健康保險保險對象退保申報表

※填表時，請參閱背面說明。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 填表說明：  一、本表供第一類至第六類被保險人（第六類第二目除外）及其眷屬退保時填用  ，由投保單位填寫1份送衛生福利部中央健康保險署分區業務組，並請影  印1份留存備查。  二、職業工會、農、漁、水利會會員、六類被保險人或各類眷屬，若已受僱於一  定雇主，應由其受僱之投保單位辦理參加全民健康保險，原投保單位辦理退  保。  三、全民健康保險之效力，自退保原因發生之當日24時停止。  四、全民健康保險退保原因請依規定填寫，並於原因別欄勾選「轉出」或填「不  具健保資格」代號。  五、轉換投保單位或改變投保身分者，請於『退保原因欄』勾選「轉出」。  例如：  （一）第一類被保險人離職（含免職、撤職、停役）、退役、退休（資遣）等。  （二）第二類及第三類被保險人喪失會員資格。  （三）第四類被保險人喪失無依軍眷或在卹遺族資格。  （四）第五類保險對象喪失低收入戶資格。  （五）第六類保險對象轉換安置的社會福利服務機構。  （六）各類保險對象轉換為其他類保險對象。  （七）眷屬終止收養關係、離婚或年滿20歲不具眷屬續保資格。  六、被保險人退保時、其眷屬應隨同退保，並於「本人」欄位打Ｖ；被保險人仍  繼續加保，僅申報眷屬單獨退保時，仍應填寫被保險人資料，並於「眷屬」  欄位打Ｖ。  七、有關保險對象因轉換投保單位或改變投保身分辦理退保手續時，為避免保險  對象投保紀錄中斷並保護個人資料隱私，投保單位應去除（遮蓋）本表其他  保險對象資料後，再影印1份交保險對象持往新投保單位辦理投保手續。  八、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  （健保署轄區業務組） | 地 址 | 投保單位所在地 | | 衛生福利部中央健康保險署  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 | | 衛生福利部中央健康保險署  北區業務組 | 32005  桃園市中壢區中山東路3段525號 | 桃園市、新竹市、新竹  縣、苗栗縣 | | 衛生福利部中央健康保險署  中區業務組 | 40709  臺中市西屯區市政北一路66號 | 臺中市、南投縣、彰化  縣 | | 衛生福利部中央健康保險署  南區業務組 | 70006  臺南市中西區公園路96號 | 雲林縣、嘉義市、嘉義  縣、臺南市 | | 衛生福利部中央健康保險署  高屏業務組 | 80147  高雄市前金區中正四路259號 | 高雄市、屏東縣、澎湖  縣 | | 衛生福利部中央健康保險署  東區業務組 | 97049  花蓮市軒轅路36號 | 花蓮縣、臺東縣 | | 請貼足  郵票  掛號郵寄  -  單位地址：  單位名稱：  電 話：  投保單位代號：  -  衛生福利部中央健康保險署 業務組啟 |  |