|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |