


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							
	民國			年				日	申報			
	民國			年			月份第			號表		

表號：承表 L

投保單位代號																																																																																																																																																																																																					
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 眷 人 屬	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)									專技 自行 執業者 轉出 請打 V	雇 主 轉 出 請 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)		年	月	日	年	月	日																																																																																																																																																																																											
第四類 第三目轉出者			離職、退休(役、會 眷屬轉換單位								E-失蹤 M-死亡 U-喪失健保資格																																																																																																																																																																																										
※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。																		健 保 署 填 用																																																																																																																																																																																			
投保單位名稱： 通訊地址： 電 話： 負 責 人：																		單位圖記 或 印 信				 填表範例				受理		資料 鍵錄		資料 校對		歸 檔 批頁號		(印章)		(印章)		(印章)		(印章)																																																																																																																																																													

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。

※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