

全民健康保險股利所得、利息所得補充保險費繳款單更正申請書 (保險對象專用)

填表日期： 年 月 日

保 險 對 象	姓名	身分證號/居留證號											
	電話：()	行動電話：											
	地址： <input type="checkbox"/> 本次重寄繳款單之用 <input type="checkbox"/> 同意以下地址寄發日後利息、股利所得補充保險費繳款單(請附身分證明文件影本)												
	郵遞區號 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	縣(市)	鄉(鎮、市、區)	村(里)	鄰								
	路	段	巷	弄	號	樓	室						
	電子郵件：												

(※) 更正原因代碼	給付單位 統一編號	所得類別 (請勾選)		給付日期	更正前		更正後		檢附 證明文件
		66 股利	67 利息		所得總額	應補繳(退) 金額	所得總額	應補繳(退) 金額	
									共 _____ 件

本繳款單尚未繳納

本繳款單已繳納

1. (※)更正原因代碼及各項應備證明文件如下表說明。

代碼	更正原因	應檢附之證明文件	代碼	更正原因	應檢附之證明文件
M	所得總額有誤	給付單位出具的所得給付證明	5	低收入戶	所得給付期間社政機關核定有效期限內之低收入戶證明文件
N	已扣繳補充保險費有誤	給付單位出具的扣繳補充保險費證明	B	停保	護照影本
1	不具加保資格	非本國人檢附護照影本	T	其它	應敘明原因，並附相關資料

2. 更正原因為不具加保資格、低收入戶或停保者，不必填寫更正後欄位。
 3. 如有積欠健保費或滯納金等，退費金額將優先償抵欠費或紓困基金貸款。償抵後如尚有餘額，是否沖抵次月以後之健保費？是 否，勾否者，請再勾選下列退費方式。

勾選轉帳者，請將可清晰辨識的存簿封面影本浮貼於此處

退 費 方 式 (單 選)	1. <input type="checkbox"/> 匯入金融機構存簿帳戶(帳戶姓名須為保險對象本人)						
	金融機構名稱： _____ 銀行 _____ 分行						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">銀行代號</td> <td>帳號</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td>金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 60px;" type="text"/></td> </tr> </table>	銀行代號	帳號	<input style="width: 30px;" type="text"/>	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>
	銀行代號	帳號					
<input style="width: 30px;" type="text"/>	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)						
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>						
存簿之銀行代號及帳號，請分別由左至右填寫完整，位數不足者，不須補零。							
2. <input type="checkbox"/> 匯入郵局存簿帳戶(帳戶姓名須為保險對象本人)：							
局號: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> 帳號: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> 含檢號不足七位者，請在左邊補零。							
3. <input type="checkbox"/> 開立支票，並郵寄至上列通訊地址。							

申請人簽章：

受託人簽章：

與申請人之關係：

(非本人申請，請同時檢附申請人及受託人身分證明文件)

上表填妥後，請裝妥信封以掛號郵寄衛生福利部中央健康保險署所轄分區業務組，各分區業務組地址請翻閱背面地址一覽表；本表亦可影印使用。

承辦人
簽章

複核人員
簽章

主管
簽章

衛生福利部中央健康保險署各分區業務組地址一覽表

縣市別	所轄分區業務組	地址	電話
台北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣	臺北業務組	10047 臺北市中正區許昌街17號9樓	(02)2191-2006
桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣	北區業務組	32005 桃園縣中壢市中山東路3段525號	(03)433-9111
台中市、彰化縣、南投縣	中區業務組	40709 臺中市西屯區市政北一路66號	(04)2258-3988
雲林縣、嘉義市、嘉義縣、台南市	南區業務組	70006 臺南市中西區公園路96號	(06)224-5678
高雄市、屏東縣、澎湖縣	高屏業務組	80706 高雄市三民區九如二路157號	(07)323-3123
花蓮縣、台東縣	東區業務組	97049 花蓮縣花蓮市軒轅路36號	(03)833-2111