

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保險證號 (8位數字+1位英文檢查碼) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 全民健保投保單位代號 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 單位統一編號或非營利扣繳編號 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |


勞工保險、就業保險、勞工職業災害保險被保險人變更事項申請書
 全民健康保險保險對象變更事項申報表
 〈※勞工退休金勞工資料變更申請書〉

| | | |
|----------------|--------------|-------------|
| 勞保局、健保署 收件章 | 健保署 分區業務組 | 業務組 |
| | | 民國 年 月 日申報 |
| | | 民國 年 月份第 號表 |

| 被保險人資料變更(變更前原申報資料) | | | | | | 變更後資料(僅填寫有變更之項目,未變更無需填寫) | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-------------------------|--|--|--|-------|--------------------------|-------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|
| 姓名 | 國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼) | | | | 出生年月日 | 姓名 | 國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼) | | | | 出生年月日 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

單位名稱：
 單位地址：
 單位電話：

單位印章



填表範例

負責人印章 經辦人印章

| 相關眷屬資料變更(變更前原報資料) | | | | | | 變更後資料(僅填寫有變更之項目,未變更無需填寫) | | | | | | | |
|-------------------|-------------------------|--|--|--|-------|--------------------------|-------------------------|--|--|--|-------|---------------|----|
| 姓名 | 國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼) | | | | 出生年月日 | 姓名 | 國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼) | | | | 出生年月日 | 眷屬 (詳見說明三) | |
| | | | | | | | | | | | | 稱謂 | 代號 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--------------|--------------|
| 請浮貼國民身分證正面影本 | 請浮貼國民身分證背面影本 |
|--------------|--------------|

| 勞保局、健保署填用 | | |
|-----------|------|--------|
| 受理號碼 | | |
| 人數 | 名 | 勞保受理日期 |
| 受理人員 | 資料鍵錄 | 資料校對 |
| | | |

以上資料請依國民身分證、戶籍證明文件、居留證或護照號碼所載資料以正楷填寫
 注意事項：

- 一、辦理變更手續請參閱背面說明。
- 二、本表請填寫一式2份(惟如整份表均僅申報眷屬基本資料變更者,則請填1份)一併寄送健保署(臺北業務組轄區則請寄勞保局)每份均需加蓋單位及負責人、經辦人印章,並詳填單位名稱、地址、電話。
- 三、表列已申報提繳勞工退休金之人員,本表並為勞工退休金勞工資料變更申請書。

填表說明：

- 一、本表供被保險人及其眷屬辦理更正或變更基本資料時填用，由投保單位填寫一式2份（惟如整份表均僅申報眷屬基本資料變更者，則請填1份）一併按投保單位所在地依右列地址寄送健保署（臺北業務組轄區請寄勞保局）處理，並影印1份留存備查。
- 二、被保險人或其眷屬如更正或變更姓名、國民身分證統一編號、出生年月日時，請檢附國民身分證或戶籍證明文件或居留證或護照影本。
- 三、請加蓋投保單位印章及負責人、經辦人印章。
- 四、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，否則如有遺失，無從查考。
- 五、眷屬稱謂代號請依下列規定填寫：配偶—1、父母—2、子女—3、祖父母—4、孫子女—5、外祖父母—6、外孫子女—7、曾祖父母—8、外曾祖父母—9、受監護人—p。

寄件者

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

單位地址：
單位名稱：
單位電話：
保險證號：
健保投保單位代號：

請貼足郵資
掛號郵寄

- 收件人（郵寄單位及地址請依貴單位所在地打√）
- 100232 勞動部勞工保險局
地址：臺北市中正區羅斯福路一段4號
投保單位所在地：臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金馬地區
- 320216 衛生福利部中央健康保險署北區業務組
地址：桃園市中壢區中山東路三段525號
投保單位所在地：桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣
- 407666 衛生福利部中央健康保險署中區業務組
地址：臺中市西屯區市政北一路66號
投保單位所在地：臺中市、南投縣、彰化縣
- 700203 衛生福利部中央健康保險署南區業務組
地址：臺南中西區公園路96號
投保單位所在地：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市
- 801663 衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
地址：高雄市前金區中正四路259號
投保單位所在地：高雄市、屏東縣、澎湖縣
- 970009 衛生福利部中央健康保險署東區業務組
地址：花蓮縣花蓮市軒轅路36號
投保單位所在地：花蓮縣、臺東縣