

**勞工保險、就業保險、勞工職業災害保險
農民保險、全民健康保險
投保單位變更事項申請書
勞工退休金提繳單位變更事項申請書**

表 號：承表 B

勞、就、職保保險證號 農民保險證號 提繳單位編號	05000000A	健 保 署 分區業務組	○○業務組	勞保局、健保署收件章
全民健保投保單位代號	126372358	民國 111 年 5 月 8 日申報		
單位統一編號或非營利扣繳編號	12739329	民國 111 年 5 月 001 號表		

查本單位前向貴局、署申請加入勞工保險、就業保險、勞工職業災害保險、農民及全民健康保險暨提繳勞工退休金，茲因原登記事項已變更，依法填具申請書，檢附有關證件申請變更登記，在變更前如有欠繳保險費、退休金及滯納金情事，變更後之單位及負責人願負連帶清償之責，請查照辦理為荷。

此致

勞動部勞工保險局
衛生福利部中央健康保險署

變更前之單位名稱：有限公司

負責人：

變更後之單位名稱：股份有限公司

負責人：

單位
印章
用印

負責人
用印
印章



填表範例

變更項目	變 更 後 資 料 (請 僅 填 寫 變 更 項 目 欄 位)															
投保單位	單位名稱	**股份有限公司														
	單位登記地址	郵遞區號	103200	<input type="radio"/> 縣市	<input type="radio"/> 市區	鄉鎮	村里	鄰	<input type="radio"/> 路	<input type="radio"/> 街	<input type="radio"/> 段	巷	弄	<input type="radio"/> 號	樓	室
		郵遞區號		縣市	市區	鄉鎮	村里	鄰	路	街	段	巷	弄	號	樓	室
	單位通訊地址	郵遞區號		縣市	市區	鄉鎮	村里	鄰	路	街	段	巷	弄	號	樓	室
	單位統一編號或非營利扣繳編號					主 要 營 業 項 目			單位聯絡電話	03-00000000						
										傳 真 機 號 碼	03-00000000					
電子郵件信箱 (健保必填)	126XX4@gmail.com							負 責 人 行 動 電 話								
負責人	姓 名					身 分 證 統 一 編 號			出 生 日 期	年 月 日						
	地 址	郵遞區號		縣市	市區	鄉鎮	村里	鄰	路	街	段	巷	弄	號	樓	室

以下欄位由勞保局、健保署受理填用

*申請人申請單位名稱變更、負責人變更、單位地址變更，請加蓋變更後單位及負責人印章，始期有效	民國 年 月 日申報	業 別				生效日：
受理號碼		地 區				備註：
受 理	鍵 錄	校 對	複 核	決 行		

※辦理變更手續請參閱背面說明。

※本表請填寫一式2份(證明文件亦請附2份)，一併寄送健保署(臺北業務組則請寄勞保局)，每份均需加蓋單位及負責人印章，並請自行影印1份留存備查。

辦理投保（提繳）單位名稱、負責人等變更說明：

一、單位名稱及主要營業項目變更：

(一)請填：本申請書 2 份（請蓋單位印章及負責人印章）。

(二)請檢附相關證明文件影本 2 份：

1. 政府機關、公立學校、公營事業單位應檢附主管機關核定函影本。

2. 其他單位：

(1)工廠：工廠登記有關證明文件或設立許可相關證明文件。

(2)礦場：礦場登記證、採礦或探礦執照。

(3)鹽場、農場、牧場、林場、茶場：登記證書或有關認定證明文件。

(4)交通事業：運輸業許可證或有關證明文件。

(5)公用事業：事業執照或有關證明文件。

(6)公司、行號：公司登記證明文件或商業登記證明文件。

(7)私立學校、新聞事業、文化事業、公益事業、合作事業、漁業、職業訓練機構及各業人民團體：立案或登記證明書。

(8)其他事業單位：目的事業主管機關核發之執業證照或有關登記、核定或備查證明文件。

二、單位負責人變更：

(一)請填：本申請書 2 份（請蓋單位印章及負責人印章）。

(二)請檢附相關證明文件影本 2 份：

1. 同第一項第（二）點說明。

2. 各業人民團體變更負責人時，請加附主管機關核發之當選證書或核備函影本。

3. 私立幼兒園變更負責人時，請加附主管機關核備函影本。

4. 新負責人身分證正背面影本。

三、單位登記地址或通訊地址如有變更，請填：本申請書 2 份（請加蓋單位及負責人印章）。

如申請登記地址變更，請併附主管機關核准變更之證明文件影本 2 份。

四、農保投保單位名稱或地址變更，請填具本申請書（請蓋單位印章及負責人印章）並檢附登記證書影本；理事長變更另檢附理事長當選證明書及國民身分證正背面影本。

五、附註：

(一)以雇主【如律師、會計師、專利(商標)代理人、保險業經紀人、稅務會計記帳代理人】為投保(提繳)單位參加保險及提繳退休金，負責人變更時，不適用投保（提繳）單位名稱及負責人變更之申請，須另行辦理新單位加保及提繳手續。

(二)事業單位於名稱或負責人變更而公司變更核准函尚未核下時，得先檢附變更後之「統一發票購票證」影本申請變更登記，俟證明文件核發後再行補送。

(三)請按單位所在地以掛號郵寄(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。

郵寄單位及地址

勞 動 部 勞 工 保 險 局：臺北市中正區羅斯福路 1 段 4 號
 衛生福利部中央健康保險署北區業務組：桃園市中壢區中山東路 3 段 525 號
 衛生福利部中央健康保險署中區業務組：臺中市西屯區市政北一路 66 號
 衛生福利部中央健康保險署南區業務組：臺南市中西區公園路 96 號
 衛生福利部中央健康保險署高屏業務組：高雄市前金區中正四路 259 號
 衛生福利部中央健康保險署東區業務組：花蓮縣花蓮市軒轅路 36 號

投保單位所在地

臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金馬地區
 桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣
 臺中市、南投縣、彰化縣
 雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市
 高雄市、屏東縣、澎湖縣
 花蓮縣、臺東縣

健保署
 分區業務組
 臺北業務組
 北區業務組
 中區業務組
 南區業務組
 高屏業務組
 東區業務組