

# 全民健康保險投保單位變更事項申報表

收 件 章	分區業務組	○○業務組
	民國 1 0 6 年 8 月 1 0 日 申報	
	民國 1 0 6 年 8 月份第 0 1 號表	

表號：承表 B

投保單位代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

變更項目 (以下欄位僅填需要變更之項目)

單位名稱	○○股份有限公司					電話	0 2 - 1 2 3 4 5 6 7 8					傳真號碼	0 2 - 1 2 4 5 6 7 8 9				
單位登記地	郵遞區號	縣市		鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓	室					
單位通訊地	郵遞區號	縣市		鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓	室					
負責人姓名	國民身分證統一編號					單位統一編號 (或非營利扣繳編號)											
電子郵件信箱 (必填)		○○○@gmail.com					負責人行動電話					0912345678					

**填表說明**

一、本表供投保單位變更事項時填用，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，並影印 1 份留存備查。

二、變更投保單位名稱、登記地址或負責人時，除政府機關、公立學校、公營事業的投保單位外，應檢附下列證明文件影本：  
 (一) 公司、行號應檢附公司登記證明文件或商業登記證明文件。  
 (二) 私立學校、新聞事業、文化事業、公益事業、合作事業、農業、漁業、職業訓練機構及各業人民團體應檢附立案或登記證明書。  
 (三) 私立幼兒園請加附主管機關核備函。  
 (四) 其他投保單位應檢附目的事業主管機關核發執業證照或有關登記、核定或備查證明文件。

三、變更負責人，除上述文件影本外，並應檢附負責人國民身分證正、背面影本，各業人民團體請加附主管機關核發之當選證書或核備函影本。

四、投保單位變更負責人，新任負責人原先係以同單位員工身分投保，如其所得未達投保金額分級表最高一級者，得自行舉證並填具「投保金額調整申報表」申報其投保金額；否則健保署將暫先以最高一級核定，負責人嗣後得再舉證申報調整。

五、單位新負責人原如於其他單位以第二、三、六類或眷屬身分投保，而非以員工身分投保，請檢送「全民健康保險保險對象投保申報表」，辦理轉入，但其所得未達投保金額分級表最高一級者，得自行舉證申報其投保金額；於其他單位以員工身分加保者，請檢附在職及薪資所得證明文件。

六、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。

投保單位名稱：○○○股份有限公司	單位圖記 或 印 信		健保署填用			
通訊地址：○○市○○區○○路○段○○號			核定生效日：      年      月      日			
電話：02-○○○○○○○○		填表範例	受理	資料 鍵錄	資料 校對	
負責人： <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">用印</span> (印章) 經辦人： <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">用印</span> (印章)			歸檔 批頁號			

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	<u>104005</u> 臺北市中山區中山北路1段7號 <b>郵寄請寄：</b> <b><u>100930</u>台北古亭郵政第200號信箱</b>	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	<u>320216</u> 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	<u>407666</u> 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	<u>7000203</u> 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	<u>801663</u> 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	<u>970009</u> 花蓮市軒轅路36號	花蓮縣、臺東縣