全民健康保險
補充保險費跨年度溢繳結轉申請書

填表日期　　年　　月　　日

扣費單位名稱											蓋章	請蓋扣費單位及扣費義務人印章
統一編號												
扣費義務人姓名												
扣費義務人身分證號												

聯絡人：　　聯絡電話：(　　)　　行動電話:

通訊地址：□□□

電子郵件信箱:

給付年度	所得類別	溢繳結轉金額	結轉沖抵年度	備註
			健保署一律結轉至給付年度之次一年度相同所得類別沖抵。	

填表說明

※當扣費單位核算當年度扣繳之補充保險費有溢繳情事時，得檢具本結轉申請書，向健保署轄區業務組申請當年度溢繳金額結轉至次一年度沖抵；惟請於次一年度繳納補充保險費時，務必先行扣抵**同一所得類別結轉金額**後之淨額列印繳款書繳納。

※所得類別代號：**(本表不適用 61-投保單位補充保險費)**

62-所屬投保單位給付全年累計逾當月投保金額四倍部分之獎金、
63-非所屬投保單位給付之薪資所得、65-執行業務收入、66-股利所得、67-利息所得、68-租金收入

※扣費單位倘為繳款單位或所得類別或給付月份錯誤，不適用本申請書，請改填寫「補充保險費繳款資料更正申請書」，辦理繳款資料更正。

衛生福利部中央健康保險署		
承辦人	複　核	科　長