

全民健康保險保險費緩繳申請書 (被保險人)

本人因_____狀況，受嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19，簡稱新冠肺炎)之疫情影響，無法按期繳納保險費，茲向貴署_____業務組申請 110 年 4 月份至 110 年 9 月份保險費緩繳 6 個月。

此致

衛生福利部中央健康保險署

被保險人姓名：(簽名或蓋章)

身分證號：

出生日期：

地址：

電話：(手機)
(市話)

電子郵件信箱：

申請人身分證號：

申請人姓名：

申請人聯絡電話：(手機)
(市話)

中華民國 年 月 日

註：

1. 申請期間：自 110 年 5 月 21 日起至 110 年 11 月 30 日止。
2. 受疫情影響之被保險人無法按期繳納保險費時，可申請辦理緩繳保險費 6 個月，並免徵滯納金。
例：110 年 4 月份保險費繳款期限為 110 年 5 月 31 日，緩繳後繳款期限為 110 年 11 月 30 日(得寬限至 110 年 12 月 15 日前繳納)，以此類推。
3. 若為約定轉帳扣繳者，本署於每月 9 日(含)前核定符合緩繳資格，則核定緩繳「當月」起即不再由轉帳帳戶扣繳，改由按月寄發有條碼之繳款單，請持繳款單於緩繳期限前自行繳納，以免衍生滯納金。本署核定緩繳日為每月 10 日(含)至月底者，需等到「次月」起才不再由轉帳帳戶扣繳。

健保署 承辦人		健保署 複核	
------------	--	-----------	--