

# 全民健康保險投保單位成立申報表

表號：承表 A

收件章		分區業務組				○○業務組													
健保署填寫		單位名稱 ○○○股份有限公司		民國 1 1 1 年 0 5 月 3 0 日 申報															
投保單位代號																			
登記核准設立日		單位登記地址 ○○市 ○○區		郵遞區號				村里 中山路 段 巷 弄 ○ 號 樓 室											
成立生效日				3 2 0				鄰 街											
屬性		單位通訊地址 ○○市 ○○區		郵遞區號				村里 中山路 段 巷 弄 ○ 號 樓 室											
				3 2 0				鄰 街											
行業別		電子郵件信箱 (必填)				abc@gmail.com													
		負責人姓名				甄福氣				負責人國民身分證統一編號				Z 1 9 9 9 9 9 9 7 2					
性質		單位聯絡電話		0 3 - 3 3 3 3 3 3 3 3															
		傳真號碼		0 3 - 3 2 2 2 2 2 2 2															
		單位統一編號 (或非營利扣繳編號)																	

**說明**

一、本表供投保單位新成立時填用，由投保單位填寫 1 份，連同保險對象投保申報表，併送衛生福利部中央健康保險署分區業務組。

二、除政府機關、公立學校及公營事業的投保單位外，應檢附下列證件：

(一) 負責人國民身分證正、背面影本。

(二) 下列相關證件影本：

1. 公司、行號應檢附公司登記證明文件或商業登記證明文件。
2. 專門職業及技術人員自行執業者之投保單位，應檢附主管機關核發之專業證照及執業執照或開業執照 (證書)。國稅局核發之扣繳單位設立登記申請書 (統一編號編配通知書)。
3. 外籍監護工之投保單位應檢附勞動部核准函及該外籍員工之外僑居留證 (或外國員工僱用名冊)。
4. 以雇主為投保單位者 (如幫傭、保姆及私人僱用人員等)，雇主應檢附僱用契約書或證明文件。
5. 其他投保單位應檢附目的事業主管機關核發的執業證照或有關登記、核定或備查證明文件。

三、負責人申報投保金額低於最高一級者，須依規定檢附舉證文件 (成立未滿一年之單位，得以聲明書代替)；否則健保署暫先以最高一級核定，負責人嗣後得再申報調降。

四、單位為受僱員工及負責人申報加保，員工之加保起始日為實際到職日，負責人為核准設立登記之日；負責人若已於其他單位以負責人、員工身分加保者，得檢附在職及薪資所得證明文件，免於本單位申報加保。

五、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 用 印				健 保 署 填 用			
負 責 人：甄福氣		用印 (印章)		填表範例		受理號碼：		受理日期：	
經 辦 人：		用印 (印章)				受理	資料 鍵錄	資料 校對	
						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	104005 臺北市中山區中山北路1段7號 郵寄請寄： 100930 臺北古亭郵局第200號信箱	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	320216 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	407666 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	700203 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	801206 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	970009 花蓮縣花蓮市軒轅路36號	花蓮縣、臺東縣