

全民健康保險第五類保險對象投保申報表

表號：承表 I

投保單位代號 **5 2 0 0 0 0 7 6 6**

| | | |
|-----|---------------------------------------------|-------|
| 收件章 | 分區業務組 | ○○業務組 |
| | 民國 1 1 1 年 0 5 月 1 0 日 | 申報 |
| | 民國 1 1 1 年 0 5 月份第 | 號表 |

| 被 保 險 人 | | | | | | | | | | 低收入戶 核定文號 | 安置於社福 機構日期 | 委託安置的縣 市政府代碼 (如說明二) | 核 定 生效日期 (健保署填寫) | | | 備 註 | | | | | | | | |
|---------|--------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|------------------------|---|--------------|---------------|---------------------------|------------------------|---|---|--------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 姓 名 | 國民身分證統一編號 (居留證號碼) <small>*詳註</small> | | | | | | | 出生年月日 (民前出生者請加註「-」) | | | | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | |
| | 民前 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 甄自在 | J | 1 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 8 | 2 | 1 | 0 | 1 | 5 | 府社助字第 1050015347 號 | 33 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1 | 0 |

填表說明

- 一、本表供第五類保險對象辦理投保時填用，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，影印 1 份留存備查。
如係受委託安置低收入戶的公私立社會福利機構，則應影印本表 2 份，1 份送主管縣（市）政府備查，1 份留存備查。
- 二、公私立社會福利機構申報第五類保險對象投保時，請依下列規定填寫委託安置的縣市政府代碼：

| 縣市別 | 台北市 | 高雄市 | 基隆市 | 新竹市 | 台中市 | 台南市 | 嘉義市 | 新北市 | 桃園市 | 新竹縣 | 宜蘭縣 | 苗栗縣 | 彰化縣 | 南投縣 | 雲林縣 | 嘉義縣 | 屏東縣 | 澎湖縣 | 花蓮縣 | 台東縣 | 金門縣 | 連江縣 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 代碼 | 01 | 02 | 11 | 12 | 17 | 21 | 22 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 37 | 38 | 39 | 40 | 43 | 44 | 45 | 46 | 90 | 91 |

三、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。***註：已持有內政部移民署核發新式統一證號居留證之外籍人士，應以新式統一證號投保健保。倘已向內政部移民署申請由舊式統一證號變更為新式統一證號者，健保署會主動辦理統一證號變更作業並以居留證照片免費製 1 張新式統一證號健保卡；收到新核發健保卡前，原持有之健保卡仍可正常使用。**

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------|-------|------|------|
| 投保單位名稱：○○縣○○鄉公所 | 單位圖記 或 印用印信 | 填表範例 | 健保署填用 | | |
| 通訊地址：○○縣○○鄉○○村○鄰○○號 | | | 受理 | 資料鍵錄 | 資料校對 |
| 電話：03-○○○○○○○○ | | | | | |
| 負責人： 用印 (印章) 經辦人： 用印 (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 | 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 |

請 貼 足
郵 票
掛 號 郵 寄

□ □ □ - □ □ □

單位地址：

單位名稱：

電 話：

投保單位代號：

□ □ □ - □ □ □

衛生福利部中央健康保險署

業務組啟

黏貼裝訂請勿超過此裁切線

黏貼裝訂請勿超過此裁切線