

全民健康保險被保險人之成年卑親屬續保申報表

表號：承表 P

收 件 章	分區業務組					○○業務組						
	民國	1	1	1	年	0	5	月	3	0	日	申報
	民國	1	1	1	年	0	5	月份第				號表

投保單位代號 1 2 0 1 2 3 4 5 6

被 保 險 人 基 本 資 料

成 年 二 親 等 內 直 系 血 親 卑 親 屬

被 保 險 人 姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)	眷 屬 姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)	出 生 年 月 日			續 保 原 因 (請勾選，如說明三)					備 註
				年	月	日	S	P	A	H	G	
甄榮耀	Z 1 9 9 9 9 9 9 0	甄福莉	Z 2 9 9 9 9 9 9 2	7	5	1 1 0 3	V					

投保單位名稱：○○○股份有限公司

通訊地址：○○市○○區○○路○段○○號

電話：03-○○○○○○○○

負責人： 用印 (印章) 經辦人： 用印 (印章)

單位圖記  
或  
印信用印



填表範例

健 保 署 填 用

受 理	資料 鍵錄	資料 校對
歸 檔 批頁號		

※ 填表時，請參閱背面說明。

填表說明：

- 一、被保險人二親等內直系血親卑親屬（子女、孫子女、外孫子女）**成年**具有本說明第三項所列原因之一者，得繼續以眷屬身分參加全民健康保險。
- 二、請於眷屬**成年**的當月底前，由投保單位填寫本表 1 份送衛生福利部中央健康保險署分區業務組辦理續保，並影印 1 份留存備查。
- 三、續保原因欄請依下列規定勾選：

代碼	原因
S	在學就讀且無職業
P	受監護宣告尚未撤銷
A	領有身心障礙手冊且不能自謀生活
H	罹患符合本法所稱重大傷病且無職業
G	應屆畢業自當學年度終了日起一年內且無職業或服兵役退伍自退伍日起一年內且無職業

- 四、投保單位應詳細審查被保險人所提具有續保原因的證明文件影本，並將證明文件影本留存備查。
- 五、眷屬的續保原因消失時，應辦理轉出，並改以適法身分投保；續保原因變更時，則應填寫本申報表辦理變更。
- 六、被保險人二親等內直系血親卑親屬，於**成年**後才具有上述原因合於眷屬身分投保者，請另填投保申報表辦理投保。
- 七、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。

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 <b>郵寄請寄： 100930 臺北古亭郵局第 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	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 台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 台南市公園路 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	801663 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