

全民健康保險投保單位補充保險費退費申請書

受理編號		號
受理日期	年 月 日	

(請影印一份自行存查)

投保單位名稱	中央健康保險署								蓋章	請蓋公司及負責人印章
投保單位代號	1	2	3	4	5	6	7	8		
聯絡人： 甄健康					聯絡電話：(02) 12345678					
通訊地址：□□□										

保費年月	退費原因代碼 (見背面說明)	更正前			更正後			核退金額 (健保署填列)	
		支付薪資總額	投保金額總額	已繳金額	支付薪資總額	投保金額總額	應繳金額		
105 /5	X	1,500,000	1,300,000	3,820	1,500,000	1,400,000	1,910		
105 /6	Y	2,000,000	1,600,000	7,640	2,000,000	1,800,000	3,820		
105 /7	o			5,000			0		
		已繳總金額(A) 16,460 元			應繳總金額(B) 5,730 元			合計	
保費期間		105 年 5 月至 105 年 7 月			申請退費總金額(C)=(A)-(B) 10,730 元				

注意事項

一、投保單位補充保險費=(每月支付薪資所得總額-受僱者當月投保金額總額)×1.91%。

二、申請單位如有積欠健保費或滯納金等，退費金額將優先償抵欠費。退費經償抵欠費後，如尚有餘額，是否沖抵次月以後 貴單位各項健保費？ 是 否 ，勾否者，請再勾選下列退費方式(單選)。

勾選轉帳者，請將可清晰辨識的存簿封面影本浮貼於此處

1. 開立支票，並郵寄至上列通訊地址。

2. 匯入金融機構存簿帳戶(帳戶戶名須為投保單位名稱)：

金融機構名稱：_____銀行/信用合作社/農會/漁會_____分行

銀行代號																			
	帳號	金融機構/信合社/農會/漁會存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)																	

存簿之銀行代號及帳號，請分別由左至右填寫完整，位數不足者，不須補零。

3. 匯入郵局存簿帳戶(帳戶戶名須為投保單位名稱)：

局號：□□□□□□□—□ 帳號：□□□□□□□—□

含檢號不足七位者，請在左邊補零。

4. 匯入目前已約定轉帳繳納健保費帳戶(帳戶戶名須為投保單位名稱)。

承辦人 簽章	複核人員 簽章	主管 簽章
-----------	------------	----------

填 表 說 明

一、 投保單位申請退還補充保險費，應檢附下列相關文件：

退費 原因代碼	申請退費原因		檢附證明文件
W	薪資總額調整		投保單位當月更正前後薪資帳冊明細。
X	投保金額總額 調整	人員投(退)保異動	投(退)保者加(退)保申報表影本(尚未進檔者)或名單。
Y		投保金額調整	投保金額調整申報表影本(尚未進檔者)或申報明細資料。
O	無受僱者之投保單位		(申請此項退費無須填寫前頁更正前及更正後之支付薪資總額及投保金額總額資料)
T	其他_____ _____ (如計算錯誤...等情形，請填寫原因，限30字以內)		可茲證明申請退費原因之各類證明文件。