

# 保費互抵申請書

本人之眷屬\_\_\_\_\_原依附本人在(單位代號: \_\_\_\_\_/單位名稱: \_\_\_\_\_)加保,於\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日新成立第1類投保單位(單位代號: \_\_\_\_\_/單位名稱: \_\_\_\_\_),依規定負責人追溯自\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日起以第1類負責人身分加保,同時原附加保眷屬身分轉出,轉出所產生之退費,本人同意沖抵新成立單位應繳納之健保費。

此致

衛生福利部中央健康保險署東區業務組

申請人:

身分證字號:

聯絡電話:



相對人(眷屬)姓名:

身分證字號:

關係:



投保單位名稱:

單位代號:

聯絡電話:



中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

健保署核定結果:

負責人自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日起轉出原投保單位

【單位代號: \_\_\_\_\_ 單位名稱: \_\_\_\_\_】

轉出產生之退費主動沖抵新成立投保單位應繳納之健保費。

經辦 \_\_\_\_\_ 科長

覆核

後會 二三類六類 經辦

經辦

覆核

當月(\_\_\_\_\_)保費切檔後,會財務沖抵 餘額退費

經辦

覆核