

聲 明 書 (申請跨親等投保用)

1071019 修訂

一、 _____ (身分證字號： _____) 為聲明人之 _____
(眷屬姓名) (請註明親屬關係)

依全民健康保險法之規定，原應依附 _____
(姓名)

(身分證字號： _____) 加保，茲因 _____
(不知悉者可免填) (註明何種原因無法依附)

未能依附加保；目前確實由聲明人扶養，同意其以眷屬身分依附
聲明人投保、並由聲明人負擔其全民健康保險保險費，特此聲明。
。

二、以上聲明若有不實，聲明人願負一切法律責任。

此致

中央健康保險署北區業務組

聲 明 人： (簽章)

身分證字號：

住 址：

聯 絡 電 話：

證 明 人： (簽章)

身分證字號：

住 址：

聯 絡 電 話：

中華民國 年 月 日

說明：眷屬依附投保順序如無本法第 12 條規定難以隨同被保險人辦理投保及退保之情形者，應依本法施行細則第 18 條順序規定，以親等近者為優先投保：1.配偶或一親等直系血親；2.二親等直系血親；3.三親等以上直系血親卑親屬。