

全民健康保險補充保險費

總分支機構(或機關)組織申報書

指定併入之總機構（機關）：

投保單位代號	投保單位名稱	統一編號

指定併入之分支機構（機關）：

投保單位代號	投保單位名稱	統一編號

指定適用起日： 年 月

聯絡人： 申請日期： 年 月 日

聯絡電話： E-mail: