

# 衛生福利部中央健康保險署東區業務組

## 支票變更申請書

申請日期： / /

類別	<input type="checkbox"/> 保險費核退(單位/個人) <input style="margin-left: 200px;" type="checkbox"/> 自墊醫療費用核退(限臨櫃)	
申請項目	<input type="checkbox"/> 更改支票抬頭(限法定繼承人、法定代理人、矯正機關及原單位負責人等) <input type="checkbox"/> 取消禁止背書轉讓 <input type="checkbox"/> 註銷支票平行線(需至中國信託花蓮分行親領款項) <input type="checkbox"/> 逾期一年無法兌現重開新票 <input type="checkbox"/> 註銷支票抵欠費 <input type="checkbox"/> 其它：	
	原始 支票抬頭	變更後 支票抬頭
原受款人姓名/單位名稱		新受款人姓名/單位名稱
身分證號碼/單位代號/統編		身分證號碼/單位代號/統編
		與原受款人關係
支票開立日期	支票號碼	支票金額
變更原因	<input type="checkbox"/> 1. 銀行無帳戶 <input type="checkbox"/> 2. 死亡 <input type="checkbox"/> 3. 服刑 <input type="checkbox"/> 4. 名字錯誤 <input type="checkbox"/> 5. 單位已停(歇)業 <input type="checkbox"/> 6. 沖抵保費 <input type="checkbox"/> 7. 其它：	
檢附文件	<input type="checkbox"/> 原支票 <input type="checkbox"/> 身分證影本(受託人亦須檢附) <input type="checkbox"/> 戶口名簿/戶籍謄本影本 <input type="checkbox"/> 死亡證明書影本 <input type="checkbox"/> 服刑證明書影本 <input type="checkbox"/> 停歇業核准函 <input type="checkbox"/> 其它(如親屬關係證明文件等)：	
備註	<p>◎支票更改或重開後</p> <input type="checkbox"/> 由本人自取 <input type="checkbox"/> 請掛號郵寄至(地址)：_____ <p>◎申請逾期重開票者<input type="checkbox"/>支票遺失，無法提供上開票據</p> <p>◎支票受款人死亡，申請人依民法規定繼承者：請檢附支票正本、身分證影本、死亡證明文件及親屬關係證明文件</p> <p>◎其它：</p>	
<p>支票變更申請如有不實，致受款人或其關係人權益受損而造成糾紛，申請人願自負法律責任，與中央健康保險署無關。</p> <p><input type="checkbox"/>支票已逾一年有效期，申請人保證不再對該支票主張任何權利，請貴業務組重開有效支票</p> <p style="text-align: center;">此致 衛生福利部中央健康保險署東區業務組</p>		

申請人(簽章)/投保單位名稱(大小章)：\_\_\_\_\_。

身分證號/單位代號：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

受託人(簽章)：\_\_\_\_\_身分證號/單位代號：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

(與原受款人關係：\_\_\_\_\_)本人受委託全權代為辦理更改支票記載事項，若有不實願負法律責任。

承辦單位			綜合行政科		
<input type="checkbox"/> 承保服務科 <input type="checkbox"/> 醫療費用科			擬配合辦理 <input type="checkbox"/> 支票變更 <input type="checkbox"/> 重開新票		
承辦人	覆核	科長	承辦人	覆核	科長