


勞工保險證號 (8位數字+1位英文檢查碼)		<h2 style="margin:0;">勞工保險被保險人變更事項申請書</h2> <h3 style="margin:0;">全民健康保險保險對象變更事項申報表</h3> <h4 style="margin:0;">〈※勞工退休金勞工資料變更申請書〉</h4>	勞保局、健保署收件章	健 保 署 分 區 業 務 組	業 務 組		
全民健保投保單位代號							
單位統一編號或 非營利扣繳編號							
被 保 險 人 資 料 變 更 (變更前原報資料)		變更後資料 (僅填寫有變更之項目, 未變更無需填寫)		投保單位名稱： 地址： 電話：  填表範例 <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 單位 印章 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">負責人</div> <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印章</div> <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">經辦人</div> <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印章</div> </div>			
姓 名	國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)	出生年月日	姓 名			國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)	出生年月日
		年 月 日					年 月 日
		年 月 日					年 月 日
		年 月 日					年 月 日
相 關 眷 屬 資 料 變 更 (變更前原報資料)		變 更 後 資 料 (僅填寫有變更之項目, 未變更無需填寫)					
姓 名	國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)	出生年月日	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)	出生年月日		
		年 月 日			年 月 日		
		年 月 日			年 月 日		
		年 月 日			年 月 日		
.....請浮貼國民身分證正面影本.....	請浮貼國民身分證背面影本.....					
勞保局、健保署填用							
受 理 號 碼							
人 數	名	勞保 健保	受 理 日 期				
受 理 人 員		資 料 鍵 錄		資 料 校 對			

1. 辦理變更手續請參閱背面說明。
2. 本表請填寫一式 2 份(惟如整份表均僅申報眷屬基本資料變更者, 則請填 1 份)一併寄送健保署(臺北業務組轄區則請寄勞保局)每份均需加蓋單位及負責人、經辦人印章, 並詳填單位名稱、地址、電話。
3. 健保署於受理並完成變更資料時, 將註銷原使用之健保卡, 故請保險對象另填「請領健保卡申請表」, 並繳交工本費 200 元, 申請換發新卡。
 ※表列已申報提繳勞工退休金之人員, 本表並為勞工退休金勞工資料變更申請書。

請勿使用訂書針封口，黏貼勿超過此裁切線

填表說明：

- 一、本表供被保險人及其眷屬辦理更正或變更基本資料時填用，由投保單位填寫一式2份（惟如整份表均僅申報眷屬基本資料變更者，則請填1份）一併按投保單位所在地依右列地址寄送健保署（臺北業務組轄區請寄勞保局）處理，並影印1份留存備查。
- 二、被保險人或其眷屬如更正或變更姓名、國民身分證統一編號、出生年月日時，請檢附國民身分證或戶籍證明文件或居留證或護照影本。
- 三、眷屬稱謂代號請依下列規定填寫：配偶-1、父母-2、子女-3、祖父母-4、孫子女-5、外祖父母-6、外孫子女-7、曾祖父母-8、外曾祖父母-9、受監護人-p。
- 四、請加蓋投保單位印章及負責人、經辦人印章。
- 五、本表請以掛號郵寄（請將掛號執據貼於存底聯保存）或派人專送，否則如有遺失，無從查考。

寄件人

□□□□-□□

單位地址：

單位名稱：

電話：

勞工保險證號：

健保投保單位代號：

請貼足郵資
掛號郵寄

收件人（郵寄單位及地址請依貴單位所在地打√）

10013 勞動部勞工保險局

地址：臺北市中正區羅斯福路1段4號

投保單位所在地：臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金馬地區

32005 衛生福利部中央健康保險署北區業務組

地址：桃園市中壢區中山東路3段525號

投保單位所在地：桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣

40709 衛生福利部中央健康保險署中區業務組

地址：臺中市西屯區市政北一路66號

投保單位所在地：臺中市、南投縣、彰化縣

70006 衛生福利部中央健康保險署南區業務組

地址：臺南市中西區公園路96號

投保單位所在地：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市

80147 衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

地址：高雄市前金區中正四路259號

投保單位所在地：高雄市、屏東縣、澎湖縣

97049 衛生福利部中央健康保險署東區業務組

地址：花蓮市軒轅路36號

投保單位所在地：花蓮縣、臺東縣

請勿使用訂書針封口，黏貼勿超過此裁切線