

全 民 健 康 保 險

第六類保險對象年滿 20 歲卑親屬續保申請表

承表四

填表日期 年 月 日

壹、被保險人

國民身分證統一編號 (居留證號)	姓 名	出生日期			聯 絡 電 話			
		年	月	日	(公)		(宅)	

貳、年滿 20 歲卑親屬

國民身分證統一編號 (居留證號碼)	姓 名	出生日期			續保原因 (詳說明二)				備 註
		年	月	日					

參、被保險人簽章：

代理人 (委託人) 簽章：

(蓋章)

地
址

里
鄰

肆、填表說明：

- 一、被保險人的二親等內直系血親卑親屬 (子女、孫子女、外孫子女) 年滿 20 歲，具有第二項說明所列續保原因之一者，得繼續以眷屬身分參加全民健康保險。被保險人應於眷屬滿 20 歲的當月底前，填寫本表一份送戶籍所在地的鄉(鎮、市、區)公所。
- 二、「續保原因」欄，請依下列規定勾選：

代號	S	P	A	H	G
原因	在學就讀且無職業	受禁治產宣告尚未撤銷	領有身心障礙手冊且不能自謀生活	符合本法所稱重大傷病且不能自謀生活	應屆畢業或服兵役退伍一年內且無職業

- 三、被保險人應提出眷屬具有續保原因的證明文件影本，供投保單位經辦人查核。
- 四、眷屬的續保原因消失時，應辦理退保，並另以適法身分銜接投保；續保原因變更時，應填寫本表辦理變更。
- 五、被保險人的二親等內直系血親卑親屬，於年滿 20 歲後，才因上述原因而合於以眷屬身分投保者，請另填寫投保申請表辦理投保，不須填寫本表。

伍、投保單位審核結果：

本表各欄與證明文件記載是否相符	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	投保單位 圖 記	經 辦 人 簽 章	
-----------------	----------------------------	----------------------------	-------------	--------------	--

投保單位代號：

投保單位名稱：