

全民健康保險第五類保險對象投保申報表

表號：承表 I

投保單位代號		5																					
被 保 險 人												安置於社福 機構日期			委託安置的縣 市政府代碼 (如說明二)			核 定 生效日期 (健保署填寫)			備 註		
姓 名		國民身分證統一編號 (居留證號碼)				出生年月日 (民前出生者請加註「-」)			低 收 入 戶 核 定 文 號														

一、本表供第五類保險對象辦理投保時填用，由投保單位填寫 1 份送衛生福利部中央健康保險署分區業務組，影印 1 份留存備查。
如係受委託安置低收入戶的公私立社會福利機構，則應影印本表 2 份，1 份送主管縣（市）政府備查，1 份留存備查。

二、公私立社會福利機構申報第五類保險對象投保時，請依下列規定填寫委託安置的縣市政府代碼：

縣市別	台北市	高雄市	基隆市	新竹市	台中市	台南市	嘉義市	新北市	桃園市	新竹縣	宜蘭縣	苗栗縣	彰化縣	南投縣	雲林縣	嘉義縣	屏東縣	澎湖縣	花蓮縣	台東縣	金門縣	連江縣
代碼	01	02	11	12	17	21	22	31	32	33	34	35	37	38	39	40	43	44	45	46	90	91

三、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。

投保單位名稱：		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">單位圖記 或 印 信</div>		健 保 署 填 用			
通訊地址：				受理		資料 鍵錄	
電 話：		<div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block;"></div> (印章) 經辦人： <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; margin-left: 20px;"></div> (印章)		歸 檔 批 頁 號			
負 責 人：							

健保承保專用表格郵寄單位及地址

郵寄單位 (健保署轄區業務組)	地址	投保單位所在地
衛生福利部中央健康保險署 臺北業務組	10439 臺北市中山區中山北路1段7號 郵寄請寄： 10099 台北郵政 30-200 號信箱	臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣
衛生福利部中央健康保險署 北區業務組	32005 桃園市中壢區中山東路3段525號	桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣
衛生福利部中央健康保險署 中區業務組	40709 臺中市西屯區市政北一路66號	臺中市、南投縣、彰化縣
衛生福利部中央健康保險署 南區業務組	70006 臺南中西區公園路96號	雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市
衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組	80147 高雄市前金區中正四路259號	高雄市、屏東縣、澎湖縣
衛生福利部中央健康保險署 東區業務組	97049 花蓮市軒轅路36號	花蓮縣、臺東縣

請貼足
郵票
掛號郵寄

□□□ - □□

單位地址：

單位名稱：

電話：

投保單位代號：

□□□ - □□

衛生福利部中央健康保險署

業務組啟

黏貼裝訂請勿超過此裁切線

黏貼裝訂請勿超過此裁切線