

衛生福利部中央健康保險署中區業務組
投保單位提供資料申請書

年 月 日

投保單位名稱 (外傭雇主免填)		投保單位代號 (必填)	
負責人姓名		身分證字號 或公司統編	
通訊地址	(臨櫃申請免填)		
電話			
申請理由及使用目的 (必填)			

申請資料項目：(請在需要資料上方打「✓」)

投保單位保費計算明細表 (年 月至 年 月)

保費繳款單 (年 月至 年 月)

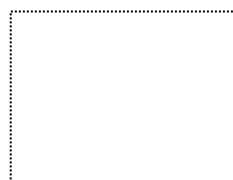
投保單位健保費年度彙總表 (年度)

雇主投保金額明細表 (年度)

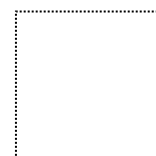
受僱者當月投保金額總額 (年 月至 年 月)

其他

投保單位及負責人用印



單位圖記

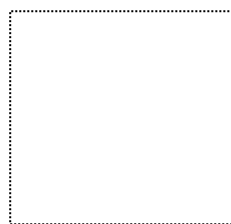


負責人印章

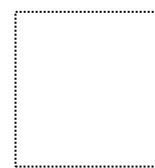
※投保單位委託事務所代為申請注意事項：

1. 事務所受單位委託辦理扣繳補充保險費查調投保單位保費計算明細表者，以提供當月份投保金額總額明細表為原則。
2. 請加蓋委託事務所印章及負責人私章。
3. 請提供投保單位電子檔 (Excel；格式：投保單位代號，申請年度月份)。

事務所
健保投保單位代號：
事務所及負責人用印



單位圖記



負責人印章