全民健康保險被保險人育嬰留職停薪 在原投保單位繼續投保及異動申報表

世		(本表	長專供第一	類投保單	位填用)									
壹、被保險人基本資料 國民身分證統局 姓名 出生日期 戶籍地址 郵遞區號 縣 鄉鎮 村里 路 街 段 巷 弄 號 樓 通訊地址 郵遞區號 縣 鄉鎮 村里 路 市 市區 鄰 街 段 巷 弄 號 樓 聯絡電話 (日) (夜) 被保險人簽章: (益章) 煮、留職停薪期間及繼續投保生效日 健保署填寫 育嬰留職停薪期間 核定生效日期 老 月 日 年 月 日 日 年 月 日 日 年 月 日 日 日 日					收 件 章 分區業務組 南區 業務組									組	
壹、被保險人基本資料 國民身分證統一編號	投保單位代號 1 1	0 0 3 6 1	3 0			民國	1	0 8	年		J	月		日	申報
國民身分證統一編號 姓 名 出生日期 戶籍地址 郵遞區號 縣 鄉鎮 村里 路 市區 鄰 村里 路 接 一戶籍地址 縣 鄉鎮 村里 路 接 財務 各 章 表 表 表 表 大、留職停薪期間及繼續投保生效日 大 大 基 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>民國</td> <td>1</td> <td>0 8</td> <td>年</td> <td></td> <td>į</td> <td>月份第</td> <td>方っ</td> <td></td> <td>號表</td>						民國	1	0 8	年		į	月份第	方っ		號表
國民身分證統一編號 姓 名 出生日期 戶籍地址 郵遞區號 縣 鄉鎮 村里 路 市區 鄰 村里 路 接 一戶籍地址 縣 鄉鎮 村里 路 接 財務 各 章 表 表 表 表 大、留職停薪期間及繼續投保生效日 大 大 基 <td>壹、被保險人基本資料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>'</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>I</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	壹、被保險人基本資料				<u>'</u>					I					
户籍地址 郵遞區號 縣 鄉鎮 村里 路 投 巷 弄 號 樓 連訊地址 縣 鄉鎮 村里 路 段 巷 弄 號 樓 職務 電話 (日) (夜) 被保險人簽章: (蓋章) (董章) (董章) 樓 保署填寫 有學留職停薪期間 核定生效日期 後 年 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 <t< td=""><td colspan="3">國民身分證統一編號 好 名 出生日</td><td>日期</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></t<>	國民身分證統一編號 好 名 出生日			日期											
户籍地址 郵遞區號 縣 鄉鎮 村里 路 投 巷 寿 號 樓 遊訊地址 縣 鄉鎮 村里 路 投 巷 弄 號 樓 職務電話 (日) (夜) 被保險人簽章: (董章) (夜) 大용職俸薪期間及繼續投保生效日 校保單位填寫 校保署填寫 年月日年年月日年年月日年年月日年年月日年年月日年年月日年年月日年年月日年年月日			-	 											
中			鄉鎮	村里			段	ŧ	<u> </u>	弄		號		樓	室
通訊地址 郵遞區號 縣 鄉鎮 村里 路 街 段 巷 弄 號 樓 聯絡電話 (日) (夜) 被保險人簽章: (蓋章) 大保單位填寫 健保署填寫 有學留職停薪期間 核定生效日期 起 上 年月日年月日年月日年月日年月日年月日年月日年月日年月日日年月日日年月日日年月日		,	•		在	ſ 									
市市區 鄰 街 段 巷 弄 號 樓 聯 絡 電 話 (日) (夜) 被保險人簽章: (蓋章)	郵遞區號 郵遞區號			11 11	nt										
被保險人簽章: (蓋章) TX 留職停薪期間及繼續投保生效日 健保署填寫 有學留職停薪期間 核定生效日期 起 起 年月日日年月日年月日年月日年月日 水田職停薪期間異動 健保署填寫 投保單位填寫 健保署填寫 項目別(打v) 具力後職(僅填适日) □展延期間 核定生效日期 起 追 年月日年月日年月日年月日年月日年月日日年月日日年月日日日日日日日日日日日日日	20 到(2021年						段	も 一	<u> </u>	弄		號		樓	室
或、留職停薪期間及繼續投保生效日 投保單位填寫 健保署填寫 有財 有財 方嬰留職停薪期間 大定生效日期 定 中月日年月日年月日年月日年月日日年月日日年月日日日日日日日日日日日日日日日日日	聯絡電話	(日)			(夜	()									
投保單位填寫 有學留職停薪期間 核定生效日期 起 迄 起 年月日年月日年月日年月日年月日年月日 年月日年月日日年月日 投保單位填寫 健保署填寫 項目別(打v) 世界道職(僅填迄日) 長延期間 起 迄 年月日年月日年月日年月日年月日年月日年月日年月日日年月日日年月日日年月日日日日日日	被保險人簽章:			(蓋章)											
育嬰留職停薪期間 核定生效日期 起 迄 年 月 日 年 月 日 年 月 日 季、留職停薪期間異動	貳、留職停薪期間及繼續	投保生效日		_											
起 迄 年 月 日 日<															
年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日<															
多、留職停薪期間異動				<u> </u>						•					
投保單位填寫 健保署填寫 項目別(打v) ■提前復職(僅填迄日) □展延期間 核定生效日期 起 迄 起 年月日日年月日年月日年月日年月日年月日日年月日日年月日日年月日日日日日日日日日	1 1 1	1 1	i i	i		i i	ī			ī					日
投保單位填寫 項目別(打v) ■提前復職(僅填迄日) □展延期間 核定生效日期 起 迄 起 迄 年 月 日 年 月 日 年 月 日 : : : : : : : : : : : : : : : : : : :			<u> </u>			I I	! !			!		ļ			I I
項目別(打v) ■提前復職(僅填迄日) □展延期間 核定生效日期 起 迄 起 迄 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 : : : : : : : : : : : : : : : : : : :		and as a decide						- W							
起 迄 起 迄 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 : : : : : : : : : : : : : : : : : : :															
年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 : : : : : : : : : : : : : : : : : : :															
				左		п				左			1		п
						1	1								日 :
T TOTAL TOTAL	建、投保單位資料	1 0 0 0	<u> </u>	<u>' </u>	<u> </u>	<u>i </u>	<u>. i</u>		<u>. i</u>	į		<u> </u>			<u>i</u>
									-h>			-/			
投保單位名稱:雲林縣政府 單位圖記 受 資	投保單位名稱:雲林縣江	攻府	- 單/												
通訊地址:雲林縣斗六市雲林路二段	通 訊 地 址:雲林縣斗六市雲林路二段														
515 號	515 號		; Fl [,]	1 5		2									
電 話:05-5523090 填	電 話:05-5523	3090													
	[1 1	!		用歸	檔									

填表說明:

- 一、本表供育嬰留職停薪被保險人選擇在原投保單位繼續投保或前述繼續投保之期間有變動時填用,由投保單位填寫一式二份,一份送健保署,一份留存備查。
- 二、投保單位填寫本表時,第壹項被保險人基本資料欄位及第肆項投保單位 資料欄位請務必填寫;第貳項留職停薪期間及繼續投保生效日欄位則供 育嬰留職停薪被保險人選擇在原投保單位繼續投保時填寫;第參項留職 停薪期間異動欄位則供原申報繼續投保之期間有變動時填寫。
- 三、請檢附被保險人嬰幼兒之戶籍資料影本或其他證明文件。
- 四、被保險人選擇於原投保單位繼續投保,保險費按原投保金額等級計算。 其應自行負擔之保險費得遞延三年繳納,保險費繳款單由本署直接寄發 被保險人繳納。
- 五、被保險人育嬰留職停薪期間如有變動(如提前復職、展期或喪失留職停薪資格)者,投保單位須再另填具本表(承表W),辦理異動申報手續。
- 六、被保險人如有育嬰留職停薪資格異動(如離職退保)、申請停復保、基本資料變更或喪失參加健保資格等情形者,投保單位須依全民健保規定,另行辦理退保、停復保及變更事項等申報手續。
- 七、被保險人在原投保單位繼續投保,其保險效力自本表交寄之當日起算。
- 八、被保險人眷屬如有新增依附投保、停保、復保、基本資料變更、退保及 其他異動事項,投保單位須依全民健保規定,另行辦理投保、停復保、 基本資料變更事項、退保等申報手續。
- 九、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。

健保承保專用表格郵寄單位及地址

	1-1/1 1 1/1 1/1 1/1 1/1 1/1 1/1 1/1 1/1	
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	32005	桃園市、新竹市、新竹
北區業務組	桃園市中壢區中山東路 3 段 525 號	縣、苗栗縣
衛生福利部中央健康保險署	40709	臺中市、南投縣、彰化
中區業務組	臺中市西屯區市政北一路 66 號	縣
衛生福利部中央健康保險署	70006	雲林縣、嘉義市、嘉義
南區業務組	臺南市中西區公園路 96 號	縣、臺南市
衛生福利部中央健康保險署	80759	高雄市、屏東縣、澎湖
高屏業務組	高雄市九如二路 157 號	縣
衛生福利部中央健康保險署 東區業務組	97042 花蓮市軒轅路 36 號	花蓮縣、臺東縣

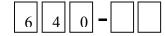
請 貼 足 票 掛號郵寄

訂

請

過

此

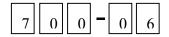


單位地址:雲林縣斗六市雲林路2段515號

單位名稱:雲林縣政府

電 話:05-5523090

投保單位代號:110036130



臺南市中西區公園路 96 號 衛生福利部中央健康保險署 南區業務組啟