

全民健康保險

第六類保險對象變更事項申請表

承表五

填表日期： 年 月 日

壹、保險對象（預更改者原留於健保局之申報資料，並請詳閱填表說明三）

國民身分證統一編號：
（居留證號）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

姓 名：

出 生 年 月 日：

民前	年	月	日

貳、變更項目（請填列聯絡電話並請勾選變更項目）

聯 絡 電 話：（宅） _____ （手機） _____

☐ 通 訊 地 址：
郵 遞 區 號

縣 鄉 鎮
市 市 區

☐ 國民身分證統一編號：
（居留證號）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ 姓 名：

☐ 出 生 年 月 日：

民前	年	月	日

參、保險對象簽章：

（蓋章）

--

保險對象不能親自辦理原因

受託人簽章：

受託人電話號碼：（宅）
（請務必填寫）：（手機）

（蓋章）

--

與保險人關係

肆、填表說明：

- 一、保險對象變更資料時，被保險人應填寫本表一份送戶籍所在地的鄉（鎮、市、區）公所。
- 二、戶籍地變更鄉鎮時，請另辦理投保單位轉換（辦理原戶籍地公所轉出，新戶籍地公所轉入），此表不適用。
- 三、變更國民身分證統一編號、姓名、出生年月日時，應檢具國民身分證或戶籍證明文件影本供投保單位經辦人查核。本局於受理並完成變更資料時，將註銷原使用之健保 I.C 卡，故請保險對象另填「請領健保 I.C 卡申請表」，並繳交工本費二〇〇元，申請換發新卡。

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 ☐ 否 ☐	投保單位圖記	經辦人簽章
-----------------	--	--------	-------

投保單位代號：620002100

投保單位名稱：斗六市公所

第一聯：公所存查（白）
第二聯：保險對象收執（紅）