

全民健康保險

103.4.25 印製

第六類保險對象退保申請表

承表二

填表日期 年 月 日

壹、被保險人(□只辦理眷屬退保時，請於□內打V，並須同時填寫被保險人的國民身分證統一編號、姓名及眷屬資料。)

第一聯：公所存查(白)

第二聯：保險對象收執(紅)

國民身分證統一編號 (居留證號碼)	姓 名	出 生 日 期			退保原因 ☐ C-轉換投保單位、改變投保身分 ☐ E-失蹤滿六個月 ☐ M-死亡 ☐ U-喪失投保資格	原因發生日期		
		年	月	日		年	月	日

貳、眷 屬

國民身分證統一編號 (居留證號碼)	姓 名	出 生 日 期			稱 代 謂 號	退保原因 ☐ C-轉換投保單位、改變投保身分 ☐ E-失蹤滿六個月 ☐ M-死亡 ☐ U-喪失投保資格	原因發生日期		
		年	月	日			年	月	日

參、退保(轉出)者現通訊地址：

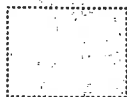
通訊地址	郵遞區號	縣 市	鄉鎮市區	村里鄰	路 街	段 巷 弄	號 樓 室
聯絡電話		(公)	(宅)	(手機)			

肆、轉換新投保單位者請填寫下列資料：

轉入新投保單位名稱	投保單位代號	聯絡電話	加保日期		
			年	月	日

伍、被保險人簽章：

代理人(委託人)簽章：



(蓋章)

被保險人不能親自辦理原因：

陸、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

※填表時，請參閱背面說明。