

全民健康保險

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。)

國民身分證統一編號 (居留證號碼)	姓 名	出 生 日 期			退 保 原 因	原 因 發 生 日 期		
		年	月	日		年	月	日
					<input type="checkbox"/> C-轉換投保單位、改變投保身分 <input type="checkbox"/> E-失蹤滿六個月 <input type="checkbox"/> M-死亡 <input type="checkbox"/> U-喪失投保資格			

貳、眷 屬

國民身分證統一編號 (居留證號碼)	姓 名	出 生 日 期			稱 謂	代 號	退 保 原 因	原 因 發 生 日 期		
		年	月	日				年	月	日
						<input type="checkbox"/> C-轉換投保單位、 改變投保身分 <input type="checkbox"/> E-失蹤滿六個月 <input type="checkbox"/> M-死亡 <input type="checkbox"/> U-喪失投保資格				

第一聯：公所或健保署存查(白)

第二聯：保險對象收執(紅)

參、退保者原投保戶籍地址：

戶籍地址	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	(電話) (手機)	電子郵件信箱			@					

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

※被保險人原以退休人員身分投保者，請於閱讀右方文字後簽章。

依健保法施行細則第 67 條規定，公、民營事業機構退休後無職業，並以第六類身分投保者，自 102 年 1 月 1 日起，如改以其他類身分投保，嗣後不能再以第六類身分投保。

伍、被保險人簽章：

代理人(受託人)簽章： _____



(蓋章)

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 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	投保單位圖 記	經 辦 人 簽 章	
-----------------	----------------------------	----------------------------	---------	-----------	--

投保單位代號： 62000

投保單位名稱：

※填表時，請參閱背面說明。

製表日期：107年9月

填表說明：

一、被保險人或其眷屬辦理退保時，被保險人應填寫本表一份送戶籍所在地的鄉(鎮、市、區)公所；經辦人於審核發章後，影印一份交保險對象持往新投保單位辦理投保手續。

二、請依退保原因於□內打V：

(一) 轉換投保單位或改變投保身分者：指被保險人遷移戶籍所在地；被保險人或眷屬轉換為其他類被保險人或眷屬；眷屬終止收養關係、離婚、年滿二十歲單親屬不具眷屬續保資格等。

(二) 代號U：指居留權期滿；出境戶籍辦理遷出；喪失中華民國國籍等。

三、眷屬稱謂及代碼請依下列規定填寫：

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	P
稱謂	配偶	父母	子女	祖父母	孫子女	外祖父母	外孫子女	曾祖父母	外曾祖父母	其他親屬	受監護人
	跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書										

四、被保險人退保時，眷屬應隨同退保，改按其他身分投保。退保原因如為失蹤滿六個月、死亡、喪失投保資格者，應檢附相關證明文件始得辦理。

五、為了維護保險對象的權益，避免重複加保及重複計算健保費，被保險人或眷屬轉換投保單位，若因故未能在戶籍所在地的鄉(鎮、市、區)公所辦理退保申報手續，請受理轉入加保的投保單位，直接將本表交給轉入加保者填寫。並請其填妥後，貼足郵票，逕寄原戶籍地加保之公所社會課(或健保課)。

六、被保險人以所持有效健保卡於健保署網站註冊完成後，不用出門或洽公所，祇要以註冊之健保卡進入健保署官網，經身分查證確認後，即可線上申辦各項便捷服務，未來陸續增加服務項目。

(一)「個人健保資料網路服務作業」：

1. 符合在公所投保之第六類被保險人申辦加保(僅限無眷屬依附投保者)、轉出、停保、復保作業。
2. 個人未繳納保險費查詢、單次約定轉帳繳費及電子繳款單申請及下載。
3. 隨同投保人員健保卡遺失申辦補發作業。
4. 查詢健保投保退保情形-加退保日期、投保金額及依附眷屬投保資料。
5. 辦理個人通訊地址變更作業。
6. 線上保險費繳納證明申請。
7. 線上中英文在保證明申請。

(二)「健康存摺」：提供個人查詢就醫資訊、用藥狀況、個人保費繳納查詢。

請貼足郵票
掛號郵寄

區市鎮鄉

公所 社會課 (健保課) 收

□ □ □

市 縣

市 區 鄉 鎮

街 路

段 巷 弄 號 樓

寄件人地址：

聯絡電話：