

國立政治大學附屬高級中學全民健保教職員眷屬異動申請表

115 年 2 月 12 日訂定

一、被保險人

姓名		職稱		服務單位	
身分證號		聯絡電話		填表日期	年 月 日

二、眷屬

姓名稱謂	身分證號 出生年月日	異動原因	生效日	備註
		加保 <input type="checkbox"/> 眷屬依附 退保 <input type="checkbox"/> 眷屬轉換單位 <input type="checkbox"/> 失蹤 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 喪失健保資格		
		加保 <input type="checkbox"/> 眷屬依附 退保 <input type="checkbox"/> 眷屬轉換單位 <input type="checkbox"/> 失蹤 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 喪失健保資格		
		加保 <input type="checkbox"/> 眷屬依附 退保 <input type="checkbox"/> 眷屬轉換單位 <input type="checkbox"/> 失蹤 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 喪失健保資格		

三、注意事項：

(一) 眷屬資格：

- 1、被保險人配偶，且無職業者。
- 2、被保險人直系血親尊親屬，且無職業者。
- 3、被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。
- 4、被保險人二親等內直系血親卑親屬年滿二十歲且無職業，合於下列情形之一者，得以眷屬身分參加本保險：

(1) 應屆畢業學生自當學年度終了之日起一年內。

(2) 服義務役兵役或替代役退伍(役)或結訓者，自退伍(役)或結訓之日起一年內。

(二) 相關檢附下列資料：

- 1、轉入者：原投保單位之健保轉出單影本 1 份。
- 2、符合全民健康保險之保險費減免補助者(如具有身心障礙手冊)，請檢附證明。
- 3、子女年滿 20 歲仍在學者，須附學生證正反面影本。(如就讀國外學校必須為境外當地主管權責機關或專業評鑑團體所認可之學校，並具有正式學籍者。另應屆畢業生自當學年度終了之日起一年內無職業或服兵役退伍自退伍日起一年內無職業者，須附畢業證書或退伍令及身分證影本)。