全民健康保險保險對象投保申報表

（本表專供第一至第三類被保險人的投保單位填用）

表號：承表□C □D □E □F □G □H

收件章	分區業務組	台北 業務組
	民國 115 年 02 月 26 日 申報	
	民國 115 年 02 月份第 01 號表	

投保單位代號：1 2 4 3 3 0 3 0 1

投保者(打V) 本人	眷屬	被保險人 姓名	國民身分證統一編號（居留證號碼）	雇主加保請打V	專技依備行註執三業填者寫	投保金額（元）（詳說明四、五）	相關眷屬 姓名	國民身分證統一編號（居留證號碼）	稱謂	代號	投保單位填寫合於投保條件原因(詳見說明七、八)	核定生效日期（健保署填寫） 年 月 日
	V	盧俊宇	F123993755 出生年月日(民前出生者請加「-」) 065年12月18日			131700	盧昱安	F131590615 出生年月日(民前出生者請加「-」) 094年04月04日	子女	3	原因：詳見說明七 原因：成年卑親屬加保原因代號（詳見說明八）：S 日期：114年08月22日	
			出生年月日(民前出生者請加「-」) 年 月 日					出生年月日(民前出生者請加「-」) 年 月 日			原因：詳見說明七 原因：成年卑親屬加保原因代號（詳見說明八） 日期：年 月 日	
			出生年月日(民前出生者請加「-」) 年 月 日					出生年月日(民前出生者請加「-」) 年 月 日			原因：詳見說明七 原因：成年卑親屬加保原因代號（詳見說明八） 日期：年 月 日	
			出生年月日(民前出生者請加「-」) 年 月 日					出生年月日(民前出生者請加「-」) 年 月 日			原因：詳見說明七 原因：成年卑親屬加保原因代號（詳見說明八） 日期：年 月 日	

投保單位名稱：鈺緯科技開發股份有限公司

通訊地址：新北市中和區中山路二段 351 號 9 樓

電話：02-2226-8631*221

負責人：黃漢州 （印章） 經辦人：黃雅玲 （印章）

單位圖記或印信

填表範例

健保署填用					
受理		資料鍵錄		資料校對	
歸檔批頁號					

備註

一、首次參加健保者（如新生嬰兒、新聘外籍勞工），請另填「請領健保卡申請表」，申請健保卡。

二、請於受僱員工到職或會員入會 3 日內，為員工或會員辦理投保，並提醒員工或會員為眷屬一併申請投保。

三、專技自行執業者：被保險人係會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，請填「3」；其他專技人員請填「4」。

四、倘已向戶政機關或內政部移民署申請基本資料變更者，本署於受理並完成變更保險對象基本資料時，將註銷原使用之健保卡，故請保險對象另填「全民健康保險保險對象變更事項申請表」及「請領健保卡申請表」，並繳交工本費二〇〇元，申請換發新卡。

全民健康保險保險對象投保申報表
（本表專供第一至第三類被保險人的投保單位填用）

黏貼裝訂請勿超過此裁切線

填表說明：

一、本表供第一類至第三類被保險人及其眷屬辦理投保時填用，請影印 1 份留存備查。

二、被保險人及其眷屬同時投保時，請分別各填一列；投保者是眷屬時，亦需填寫被保險人基本資料。

三、全民健康保險保險效力自合於投保條件之當日零時起生效。

四、全民健康保險被保險人之薪資高於勞工保險「投保薪資分級表」最高級為高者，仍應按「全民健康保險投保金額分級表」實際級數申報。

五、全民健康保險之投保金額不得低於勞工保險、勞工職業災害保險之投保薪資及勞工退休金月提繳工資。

六、眷屬稱謂代號請依下列規定填寫：

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	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	受監護人
				跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書。						

七、「合於健保投保條件」之「原因」欄請詳列，如到職、任職、復職、入會、新生嬰兒、結婚、收養、改變身分投保、更換所依附之被保險人、入境及跨親等（眷屬稱謂欄代號 4-p 者）等。

八、成年二親等內直系血親卑親屬：如子女、孫子女、外孫子女，以眷屬身分投保時請依所列英文符號加註於「合於健保投保條件」之「成年卑親屬加保原因」欄內：

符號	原　　因
S	在學就讀且無職業
P	受監護宣告尚未撤銷
A	領有身心障礙手冊且不能自謀生活
H	罹患符合本法所稱重大傷病且無職業
G	應屆畢業自當學年度終了之日起一年內且無職業或服兵役退伍自退伍日起一年內且無職業

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

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	104005 臺北市中山區中山北路 1 段 7 號 **郵寄請寄：** **100930 臺北古亭郵局第 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 北區業務組	320216 桃園市中壢區中山東路 3 段 525 號	桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣
衛生福利部中央健康保險署 中區業務組	407666 臺中市西屯區市政北一路 66 號	臺中市、南投縣、彰化縣
衛生福利部中央健康保險署 南區業務組	700203 臺南市中西區公園路 96 號	雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市
衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組	801663 高雄市前金區中正四路 259 號	高雄市、屏東縣、澎湖縣
衛生福利部中央健康保險署 東區業務組	970009 花蓮縣花蓮市軒轅路 36 號	花蓮縣、臺東縣

請貼足郵票掛號郵寄

□□□-□□□

單位地址：

單位名稱：

電　　話：

投保單位代號：

□□□-□□□

衛生福利部中央健康保險署　　業務組啟

黏貼裝訂請勿超過此裁切線