

轉入

長榮大學 專任教職員 全民健康保險 復保 申請表

加保

112.01.18

壹、被保險人：(只辦理眷屬申請時，請於 內打 ，被保險人基本資料仍需填寫)

姓名	國民身分證統一編號 (居留證統一證號)	出生日期			異動別	原因 (請依說明詳列)	投保日期
		年	月	日			
					<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 復保		

貳、眷屬：

姓名	國民身分證統一編號 (居留證統一證號)	出生日期			稱謂	異動別	原因 (請依說明詳列)	投保日期
		年	月	日				
						<input type="checkbox"/> 轉入 <input type="checkbox"/> 復保 <input type="checkbox"/> 加保		
						<input type="checkbox"/> 轉入 <input type="checkbox"/> 復保 <input type="checkbox"/> 加保		
						<input type="checkbox"/> 轉入 <input type="checkbox"/> 復保 <input type="checkbox"/> 加保		

申請人簽章： _____

聯絡電話(公)：

填表日期： 年 月 日

【填表說明】：

- 一、**原因**請詳列，如：到職加保、隨同被保險人加保、新生兒、結婚等。
- 二、外籍人士需檢附居留證正、反面影本，應含十碼統一證號，並依工作許可加註中文姓名。
- 三、具有減免保費資格者，應檢附證明文件影本。
- 四、**眷屬之稱謂及代號**請依下列填寫：配偶-1、父母-2、子女-3、祖父母-4、孫子女-5、外祖父母-6、外孫子女-7、曾祖父母-8、外曾祖父母-9。
- ※五、**年滿 18 歲二親等內直系血親卑親屬**，合於續保條件**僅限**下列原因：(1)在學就讀且無職業(2)應屆畢業自當學年度終了之日起一年內或服兵役退伍自退伍日起一年內且無職業(3)殘障而不能自謀生活(4)罹患符合全民健保法第 36 條所稱重大傷病且無職業(5)受禁治產宣告尚未撤銷。
- ※六、**回國復保者請檢附相關證明文件，如入出境日期證明書**。如出國期間未滿 6 個月，則應依規定自停保日起追補保費。出國期間超過六個月以上返國者，請檢附護照出入境影本至停保單位辦理復保。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 本表蒐集之個人資料，僅限於本表單之特定目的使用，非經當事人同意，絕不轉做其他用途，並遵循本校資料保存與安全控管規定辦理。相關之告知事項請參閱 https://www.cjcu.edu.tw/pims。 • 當您簽署與遞交本表單，表示您已知悉本校蒐集、處理、利用您的個人資料之特定目的。 • 個人資料保護聯繫窗口：電話：06-2785123#1022；信箱：pims@mail.cjcu.edu.tw。 |
|---|