全民健康保險被保險人育嬰留職停薪 在原投保單位繼續投保及異動申報表

(本表專供第一類投保單位填用)

E、被保險人基本資料 國民身分證統一編號 (居留家號碼) 姓名 出生日期 戶籍地址 郵遞區號 縣 鄉鎮 村里 路 报 投 巷 弄 號 樓 通訊地址 郵遞區號 縣 鄉鎮 村里 路 报 投 巷 弄 號 樓 市市區 鄉 街 空 新 街 空 新 街 空 新 街 空 市市區 鄉 街 空 內機 (董子郵件: □同意 □不同意以此 E-mail 申請每月寄發電子 被保險人簽章: (董章) (國際學薪期間及繼續投保生效日 健保署填寫 有 野 図 職 停薪期間及繼續投保生效日 核定生效日期 起 年 月 日 日 年 月 日 日 日 日	表號:承表 W			收 件	章	分區	分區業務組 業務組				業務組
Name <	投保單位代號					民國		年	月	E	申報
國民身分證統一編號 (房留別集內) 姓 名 出生日期 戶籍地址 斯遜區號 縣 新鎮 村里 路 段 巷 弄 號 樓 市 市區 鄰 村里 路 段 巷 弄 號 樓 市 市區 鄰 村里 路 段 巷 弄 號 樓 市 市區 鄰 村里 路 段 巷 弄 號 樓 市 市區 鄰 村里 路 段 巷 弄 號 樓 (方動 電話(必須) 一 市 話 ()) / 分機 電子郵件: 同意 □不同意以此 E-mail 申請每月需發電子 撥線數單 被保險人簽章: (黃章) (黃章) 被保養收除生效日 超線整理(內積寫) 被保署填寫 有學留職停薪期問異動 投係單位填寫 使保署填寫 超期(官 以) 上 日 年 月 日 年 日 年						民國		年	月份	分第	號表
國民身分證統一編號 (房留別集內) 姓 名 出生日期 戶籍地址 斯遜區號 縣 新鎮 村里 路 段 巷 弄 號 樓 市 市區 鄰 村里 路 段 巷 弄 號 樓 市 市區 鄰 村里 路 段 巷 弄 號 樓 市 市區 鄰 村里 路 段 巷 弄 號 樓 市 市區 鄰 村里 路 段 巷 弄 號 樓 (方動 電話(必須) 一 市 話 ()) / 分機 電子郵件: 同意 □不同意以此 E-mail 申請每月需發電子 撥線數單 被保險人簽章: (黃章) (黃章) 被保養收除生效日 超線整理(內積寫) 被保署填寫 有學留職停薪期問異動 投係單位填寫 使保署填寫 超期(官 以) 上 日 年 月 日 年 日 年	壹、被保險人基本資料			·							
		luk A	ப் <u>க</u>	n Ho							
戸籍地址 新遊區號 縣 郵銭區號 財 野 校 長 茶 旅 校 校 基 所 市 版 校 基 所 院 校 基 所 院 校 基 所 股 基 基 上	•	姓石	二 五	.口别							
## 1			年	月日							
中部地址											
## ## ## ## ## ## ## ## ## ## ## ## ##	郵遞區號	縣	鄉鎮	村里		路	en	H	Ŧ	υĿ	145
 通訊地址 財職 財職 財職 財職 市市区 東京 市市区 東京 市市区 東京 市市区 東京 	户籍地址 ————————————————————————————————————	· ·	市區				段	苍	卉	猇	楆
 通訊地址	和海口站	□同戶籍地址									
行 動 電 話 (必填) 市 話 (通訊地址 郵遞區號	縣	鄉鎮	村里		路	段	基		號	樓
電子郵件: □同意 □不同意以此 E-mail 申請每月寄發電子 繳款單		市	市區	鄰		街			室		
□ 同意 □ 不同意 以此 E-mail 申請每月寄發電子 被保險人簽章: (蓋章) 繳數單	行動電話(必填)			市言	舌	())		分	幾	
□同意 □不同意以此 E-mail 申請每月寄發電子 被保險人簽章: (蓋章) 繳款單	雷子郵件:										
繳款單 投保單位填寫 健保署填寫 有學留職停薪期間 核定生效日期 起 起 起 起 上 上 上 上 上 日 日 日 <td></td> <td>:-mail 由語每日</td> <td>字發雷子</td> <td>被保险</td> <td>会人答</td> <td>ទ章:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>(蓋章</td> <td>)</td>		:-mail 由語每日	字 發雷子	被保险	会人 答	ទ 章:				(蓋章)
 ・ 留職停薪期間及繼續投保生效日 投保單位填寫 定 定 定 年月日年月日年月日年月日日年月日日年月日日年月日日年月日日年月日日年月日日年月		··IIIali 干阴母力	可效电」	12000	(X / L X)	Α ¬				(1112 -	′į
投保單位填寫 使保署填寫 核定生效日期 核定生效日期											
育嬰留職停薪期間 核定生效日期 起 追 年 月 日 年 月 日 年 月 日 上 日 年 月 日 年 月 日 <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th>1 h 1m 19</th> <th>مان مان ا</th> <th></th> <th></th> <th></th>							1 h 1m 19	مان مان ا			
 起 连 年 月 日 日	· ·										
年 月 日 年 月 日 年 月 日<							核定生	效日具	-	<u></u>	
投保單位填寫 健保署填寫 項目別(打 □提前復職(僅填迄日) □展延期間 核定生效日期 起 迄 起 年 月 日 年 日 日 年 日 日 年 日 日 年 日 日 日 日		1	п	左			п	左			п
投保單位填寫 健保署填寫 項目別(打 v) □提前復職(僅填迄日) □展延期間 核定生效日期 起 迄 起 年 月 日 年 日 日 日 日	<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>		<u>月</u> :	- 1	<u> </u>	·	<u>月</u> 	<u> </u>
投保單位填寫 健保署填寫 項目別(打 v) □提前復職(僅填迄日) □展延期間 核定生效日期 起 迄 年 月 日 年 日 日 日 日	A comb ship the 11m 1212 122 A.						ļ			ļ	<u> </u>
項目別 (打 一提前復職 (僅填迄日) 一展延期間 核定生效日期 迄 起 迄 起 迄 上 上 上 上 上 上 上 上 上		小 床 傍					油加	7 法 应			
v) □提明復職(僅填這目) □展延期间 核定生效日期 起 迄 起 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	百日別(七										
年 月 日 年 月 日 年 月 日 本、投保單位資料 投保單位名稱:長榮大學 單位圖記 資 資 資 料 校 通 記 印信 東表記 保 理 投 投 投 財 校 財 投 財 大 財 大 財 大 財		董填迄日) □展列	延期間 ニュー			,	核定生	效日其	月		
本、投保單位資料 投保單位名稱:長榮大學 單位圖記 通訊地址:台南市歸仁區 東大路一號 長大路一號 印信 電話:06-2785123# 印章 負責人:孫惠民 (印章) 經辦人:	起	迄			力	电			i	٤	
投保單位名稱:長榮大學	年 月 日	年 月	日	年		月	日	年		月	日
投保單位名稱:長榮大學											
 通 訊 地 址:台南市歸仁區 長大路一號 印信 填表範例 電 話:06-2785123# 負責人:孫惠民 (印章) 經辦人: 中章 財 檔 批頁號	津、投保單位資料			,	ı			1			
通 訊 地 址:台南市歸仁區 長大路一號 即信 填表範例 程 保 署 理 錄 對 負責人:孫惠民 (印章) 經辦人: 印章 用	投保單位名稱:長榮大學	ļ				受		音		資	
 連 訊 地 址:台南市歸仁區		į	1885			-					
長大路一號		i	加上	95500000000000							
語: U6-2785123# 真責人: 孫惠民 (印章) 經辦人: 印章 用	長大路一號					理					
負責人:孫惠民 (印章) 經辦人: 印章 用 歸 檔 批頁號	電 話:06-27851	23#								- 1	
批頁號	名書 1 ・ 72 亩 R	(முக்) மேற்கர் ! •		i		楼					
	貝貝八・孫悉氏 -	(甲草) 經辨人・		1中草							

填表說明:

- 一、本表供育嬰留職停薪被保險人選擇在原投保單位繼續投保或前述繼續 投保之期間有變動時填用,由投保單位填寫一式二份,一份送健保 署,一份留存備查。
- 二、投保單位填寫本表時,第壹項被保險人基本資料欄位及第肆項投保單位資料欄位請務必填寫;第貳項留職停薪期間及繼續投保生效日欄位則供育嬰留職停薪被保險人選擇在原投保單位繼續投保時填寫;第參項留職停薪期間異動欄位則供原申報繼續投保之期間有變動時填寫。
- 三、請檢附被保險人嬰幼兒之戶籍資料影本或其他證明文件。
- 四、被保險人選擇於原投保單位繼續投保,保險費按原投保金額等級計算。其應自行負擔之保險費得遞延三年繳納,保險費繳款單由本署直接寄發被保險人繳納。
- 五、被保險人育嬰留職停薪期間如有變動(如提前復職、展期或喪失留職停薪資格)者,投保單位須再另填具本表(承表 W),辦理異動申報手續。
- 六、被保險人如有育嬰留職停薪資格異動(如離職退保)、申請停復保、 基本資料變更或喪失參加健保資格等情形者,投保單位須依全民健保 規定,另行辦理退保、停復保及變更事項等申報手續。
- 七、被保險人眷屬如有新增依附投保、停保、復保、基本資料變更、退保 及其他異動事項,投保單位須依全民健保規定,另行辦理投保、停復 保、基本資料變更事項、退保等申報手續。
- 八、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

PCPI	A-NICA MARCHE AL ALL TENER CONT	
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	320216	桃園市、新竹市、新竹
北區業務組	桃園市中壢區中山東路3段525號	縣、苗栗縣
衛生福利部中央健康保險署	407666	臺中市、南投縣、彰化
中區業務組	臺中市西屯區市政北一路66號	縣
衛生福利部中央健康保險署	700203	雲林縣、嘉義市、嘉義
南區業務組	臺南市中西區公園路96號	縣、臺南市
衛生福利部中央健康保險署	801663	高雄市、屏東縣、澎湖
高屏業務組	高雄市前金區中正四路259號	縣
衛生福利部中央健康保險署 東區業務組	970009 花蓮市軒轅路36號	花蓮縣、臺東縣

單位地址:	郵票掛號郵寄	
單位名稱:		
電話:		
投保單位代號:		
-		

衛生福利部中央健康保險署

請貼足

訂

勿超

過

此

業務組啟