首次投保申請健保卡

申請人簽名：

全民健康保險
第六類保險對象投保申請表

承表一

填表日期　　年　　月　　日

壹、被保險人(□只辦理眷屬投保、轉入時，請同時填寫被保險人的國民身分證統一編號、姓名、身分別及眷屬資料。)

國民身分證統一編號（居留證號）	姓名	出生日期	身分別	合於投保條件原因（原因詳說明四）	已請領健保卡	合於投保日期
		民前 年 月 日	榮民□ 榮眷□ 遺屬□ 地區人口□		是□ 否□	年 月 日

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
通訊地址	郵遞區號	□同戶籍地址									
		縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓	室
聯絡電話	電話：		電子郵件信箱 @								
	手機：										

貳、眷屬

國民身分證統一編號（居留證號）	姓名	出生日期	稱謂	代號	合於投保條件原因（原因詳說明五、六）	已請領健保卡	合於投保日期
		民前 年 月 日					年 月 日
						是□ 否□	
						是□ 否□	
						是□ 否□	
						是□ 否□	

參、被保險人簽章：　　(蓋章)

如為未滿20歲獨立投保者，請務必填寫法定代理人資料及聲明書。

受託人身分證統一編號：　　法定代理人身分證統一編號：

電話：　　電話：

被保險人不能親自辦理原因：＿＿＿＿＿＿　　與被保險人關係：＿＿＿＿＿＿

受託人簽章：　　(蓋章)　　法定代理人簽章：　　(蓋章)

肆、投保單位審核結果

本表各欄與證明文件記載是否相符	是□ 否□	投保單位圖記		經辦人簽章	

南投縣仁愛鄉公所 社會課 TEL:049-2602534 南投縣仁愛鄉大同村仁和路20號

投保單位代號：620001729　　投保單位名稱：南投縣仁愛鄉公所

填表說明詳背面

QR-UB0F-008-F01-B

第一聯：健保署留存(白)

第二聯：公所存查(藍)

第三聯：保險對象收執(紅)