



# 臺北市勞動力服務人員職業工會

## 眷屬【轉出】申請書

申請日： 年 月 日

連絡電話：

|                                                                                                                                |  |           |  |       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|-------|--|
| 會號                                                                                                                             |  | 申請人<br>簽名 |  | 身份證字號 |  |
| <b>【繳驗證件】</b><br><input type="checkbox"/> 本申請書<br><input type="checkbox"/> 通知逕轉出才需要檢附（健保局逕轉保公文）<br><input type="checkbox"/> 其他 |  |           |  |       |  |

### 申請健保轉出眷屬基本資料

【以下每一欄位都要填寫】

| 序 | 申請轉出日 | 眷屬<br>姓名 | 眷屬<br>身份證字號 | 申請轉出說明                                                                                                                                    |
|---|-------|----------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 年 月 日 |          |             | <input type="checkbox"/> 去上班<br><input type="checkbox"/> 年滿 20 歲無在學者。<br><input type="checkbox"/> 轉換依附投保人<br><input type="checkbox"/> 服兵役 |
| 2 | 年 月 日 |          |             | <input type="checkbox"/> 去上班<br><input type="checkbox"/> 年滿 20 歲無在學者。<br><input type="checkbox"/> 轉換依附投保人<br><input type="checkbox"/> 服兵役 |
| 3 | 年 月 日 |          |             | <input type="checkbox"/> 去上班<br><input type="checkbox"/> 年滿 20 歲無在學者。<br><input type="checkbox"/> 轉換依附投保人<br><input type="checkbox"/> 服兵役 |
| 4 | 年 月 日 |          |             | <input type="checkbox"/> 去上班<br><input type="checkbox"/> 年滿 20 歲無在學者。<br><input type="checkbox"/> 轉換依附投保人<br><input type="checkbox"/> 服兵役 |
| 5 | 年 月 日 |          |             | <input type="checkbox"/> 去上班<br><input type="checkbox"/> 年滿 20 歲無在學者。<br><input type="checkbox"/> 轉換依附投保人<br><input type="checkbox"/> 服兵役 |
| 6 | 年 月 日 |          |             | <input type="checkbox"/> 去上班<br><input type="checkbox"/> 年滿 20 歲無在學者。<br><input type="checkbox"/> 轉換依附投保人<br><input type="checkbox"/> 服兵役 |
| 7 | 年 月 日 |          |             | <input type="checkbox"/> 去上班<br><input type="checkbox"/> 年滿 20 歲無在學者。<br><input type="checkbox"/> 轉換依附投保人<br><input type="checkbox"/> 服兵役 |

備註：

- 欲辦理出國停保者請另填健保停復保申請書。
- 如有欠/退費用產生，將另行通知。

※請填寫完成後將申請書傳真或郵寄至本會。

本會電話：02-2707-7727 本會傳真：02-2755-4781

本會地址：106 台北市大安區新生南路一段 155 號 5 樓