

# 全民健康保險

## 第六類保險對象停保〈復保〉申請表

承表三

填表日期：      年      月      日

壹、被保險人(只辦理眷屬停保或復保時，須同時填寫被保險人的國民身分證統一編號、姓名及眷屬資料。)

|           |                          |   |           |
|-----------|--------------------------|---|-----------|
| 國民身分證統一編號 | 姓                      名 | 停保 <input type="checkbox"/> 復保 <input type="checkbox"/><br>原因(詳說明二、三) | 原因發生日期    |
| 年   月   日 |                          |   | 年   月   日 |

貳、眷 屬

| 國民身分證統一編號 | 姓                      名 | 停保      復保<br>原因(詳說明二、三) | 原因發生日期 | 本人停保眷屬異動別<br>(請打 V) |     |     |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------|---------------------|-----|-----|
|           |                          |                          |        | 停 保                 | 轉 出 | 續 保 |
| 年   月   日 |                          |                          |        |                     |     |     |
| 年   月   日 |                          |                          |        |                     |     |     |
| 年   月   日 |                          |                          |        |                     |     |     |
| 年   月   日 |                          |                          |        |                     |     |     |
| 年   月   日 |                          |                          |        |                     |     |     |

參、被保險人簽章： \_\_\_\_\_ (蓋章)

肆、說 明：

- 一、被保險人或其眷屬發生停保或復保原因時、被保險人應填寫本表一份送戶籍所在地的鄉(鎮、市、區)公所。
- 二、保險對象發生下列原因之一時，得辦理停保，暫停繳納保險費，並依下列規定辦理：
  - (一)失蹤未滿六個月：
 

失蹤者如為被保險人，其眷屬應改按其他身份投保，請於「本人停保眷屬異動別」的「轉出」欄打「V」，並應填寫退保(轉出)申請表。
  - (二)預定出國六個月以上：
 

出國停保者如為被保險人，其眷屬徵得原投保單位同意後，得於原投保單位繼續參加本保險，請於「本人停保眷屬異動別」的「續保」欄打「V」；其眷屬隨同出國者，請於「本人停保眷屬異動別」的「停保」欄打「V」。
- 三、保險對象停保原因消滅後，請依下列規定辦理：
  - (一)保險對象失蹤後於六個月內尋獲者，自停保月份起復保，並補繳保險費。
  - (二)保險對象出國六個月以上者，自返國之日辦理復保，並繳納保費；出國未滿六個月者，應自停保之日起復保，並補繳保險費。

伍、投保單位審核結果

|                 |        |             |       |             |            |  |
|-----------------|--------|-------------|-------|-------------|------------|--|
| 本表各欄與證明文件記載是否相符 | 是<br>否 | 異 動<br>生效日期 | 年 月 日 | 投保單位<br>圖 記 | 經辦人<br>簽 章 |  |
|-----------------|--------|-------------|-------|-------------|------------|--|

投保單位代號： \_\_\_\_\_

投保單位名稱： \_\_\_\_\_