**馬偕醫學大學**

**全民健保職員眷屬承保資料申請表**

到職日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **職員代號** | **姓名** | **身份證字號** | **生日** | **單位** | **單位電話** | **簽章** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **眷屬姓名** | **稱謂** | **身份證字號** | **生日** | **轉入** | **轉出** | **異動日期** | **異動原因** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

註：1.辦理眷屬**轉入**者，請在該欄位打V，且**附親屬證明**，如「戶口名簿影本」和前投保單位之轉出證明。

2.辦理眷屬**轉出**者，請在該欄位打V，並**註明轉出日期**。若需轉出證明表，則請自行影印即可。

3.健保的加保期間不得中斷，因此轉入和轉出的日期**必須銜接**，而轉入當月計費，轉出當月則不計費。

4.新生兒依附加保，以出生日為加保日。