臺中市龍井區龍峰國民小學教職員工全民健康保險異動申請書

本人		眷屬			
		稱謂	姓名	出生年月日	身分證字號
姓名					
身分證字號					
職稱					
出生年月日	年 月 日				
薪級		原有眷保人數		人	
投保保俸		異動後眷保人數		人	
異動原因					
發生日期	年 月 日				
異動事項	□加保 □退保 □轉出 □轉入 □停保 □複保 □續保				
應附證件	□本人及眷屬戶籍資料 □原投保單位轉出單 □眷屬超過 20 歲附學生證影本 □其他				

申請人簽章	人事室	出納組
申請日期： 年 月 日		

新生兒首次加保：如願申請附照片之健保卡，請另填「請領健保 IC 卡申請表」，並貼上新生兒照片、戶口名簿影本，連同本申請書一併送交人事室辦理。