全 民 健 康 保 險
第六類保險對象變更事項申請表

承表五

壹、保險對象（被保險人或眷屬原申報資料）　　填表日期　　年　　月　　日

國民身分證統一編號：（居留證號）

姓　　名　：＿＿＿＿＿＿＿＿

貳：變更項目（請勾選變更項目，並填寫變更項目資料即可）

□國民身分證統一編號：（居留證號）

□姓　　名　：＿＿＿＿＿＿＿＿

□出生年月日：

民前	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		（公）　　（宅）

□被保險人電話號碼：＿＿＿＿＿＿

□眷屬稱謂代號：

稱謂	代號

參、被保險人簽章：
代理人(委託人)簽章：＿＿＿＿＿＿　（蓋章）

肆、填表說明：

一、被保險人或其眷屬變更資料時，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、被保險人或其眷屬變更國民身分證統一編號、姓名、出生年月日、或被保險人變更戶籍地址，或眷屬變更稱謂代號時，應檢具國民身分證或戶籍證明文件影本供投保單位經辦人查核。

三、眷屬稱謂及代號請依下列規定填寫：

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9
稱謂	配偶	父母	子女	祖父母	孫子女	外祖父母	外孫子女	曾祖父母	外曾祖父母

四、本局於受理並完成變更資料時，將註銷原使用之健保 IC 卡，故請保險對象另填「請領健保 IC 卡申請表」，並繳交工本費二〇〇元，申請換發新卡。

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 □ 否 □	投保單位圖記		經辦人簽章	

投保單位代號：　　投保單位名稱：

第一聯：公所存查（白）　第二聯：保險對象收執（紅）