

申請書

之

眷屬

擬自 年 月 日

及

健保轉 入 本校。
出

本人基本資料：

| 姓名 | 出生年月日 | 身分證字號 | 備註 |
|----|-------|-------|----|
| | | | |

眷屬基本資料

| 稱謂 | 姓名 | 出生年月日 | 身分證字號 | 備註 |
|----|----|-------|-------|----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

職 (請簽名)

中華民國 年 月 日

被保險人的二親等內直系血親卑親屬(子女、孫子女、外孫子女)年滿20歲，具有下列續保原因之一者，得繼續以眷屬身分參加全民健康保險。

| 代號 | S | P | A | H | G |
|----|----------|------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| 原因 | 在學就讀且無職業 | 受禁治產宣告尚未撤銷 | 領有身心障礙手冊且不能自謀生活 | 符合本法所稱重大傷病且不能自謀生活 | 應屆畢業或服兵役退伍一年內且無職業 |