

全民健康保險保險對象變更事項申報表

收 件 章	分 區 業 務 組	臺北業務組						
	民國		年		月		日	申報
	民國		年		月份第			號表

表號：承表

投保單位代號

1	1	0	0	0	4	5	5	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

被保險人資料變更 (變更前原報資料) (下列各欄請按原報資料填寫)										變更後資料 (僅填寫有變更之項目, 未變更無需填寫)										
姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)					出生年月日 (民前出生者請 加註「-」)			委託安置低收入戶之縣市 政府代碼 (如說明三)	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)					出生年月日 (民前出生者請 加註「-」)			委託安置低收入戶之縣市 政府代碼 (如說明三)	
	民前	年	月	日	年	月	日	民前			年	月	日							
相關眷屬資料變更 (變更前原報資料) (下列各欄請按原報資料填寫)										變更後資料 (僅填寫有變更之項目, 未變更無需填寫)										
姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)					出生年月日 (民前出生者請 加註「-」)			姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)					眷 屬 (稱謂代號詳見說明四)		備 註			
	民前	年	月	日	年	月	日	民前		年	月	日	稱謂	代號						

投保單位名稱：國立臺灣大學

單位圖記
或
印 信

健保局填用

通訊地址：10617 臺北市大安區羅斯福路4段1號 電話：02-33665952 負責人： (印章) 經辦人： (印章)	受理		資料 鍵錄		資料 校對	
	歸檔 批頁號					

※填表時，請參閱背面說明

本局於受理並完成變更資料時，將註銷原使用之健保卡，故請保險對象另填「請領健保卡申請表」，並繳交工本費 200 元，申請換發新卡。

填表說明：

- 一、本表由投保單位填寫1份送行政院衛生署中央健康保險局分區業務組，並請影印1份留存備查。
- 二、被保險人或其眷屬如更正或變更姓名、國民身分證統一編號、出生日期時，請檢附國民身分證或戶籍證明文件或居留證或護照影本。
- 三、委託安置的縣市政府代碼：

縣市別	台北市	高雄市	基隆市	新竹市	台中市	台南市	嘉義市	新北市	桃園縣	新竹縣
代碼	01	02	11	12	17	21	22	31	32	33
縣市別	宜蘭縣	苗栗縣	彰化縣	南投縣	雲林縣	嘉義縣	屏東縣	澎湖縣	花蓮縣	台東縣
代碼	34	35	37	38	39	40	43	44	45	46
縣市別	金門縣	連江縣								
代碼	90	91								

四、眷屬稱謂代號請依下列規定填寫：

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9
稱		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

五、本表請以掛號郵寄（請將掛號執據貼於存底聯保存）或派人專送。

健保承保專用表格郵寄單位及地址

郵寄單位 (健保局轄區業務組)	地址	投保單位所在地
行政院衛生署中央健康保險局 臺北業務組	10439 臺北市中山區中山北路1段7號 郵寄請寄：	臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣

請貼足
郵票
掛號郵寄

□□□-□□

單位地址：

單位名稱：

電話：

投保單位代號：

□□□-□□

行政院衛生署中央健康保險局

業務組 啟

黏貼裝訂請勿超過此裁切線

黏貼裝訂請勿超過此裁切線

	10099 台北郵政 30-200 號信箱	
行政院衛生署中央健康保險局 北區業務組	<u>32005</u> 桃園縣中壢市中山東路 3 段 525 號	桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣
行政院衛生署中央健康保險局 中區業務組	<u>40709</u> 臺中市西屯區市政北一路 66 號	臺中市、南投縣、彰化縣
行政院衛生署中央健康保險局 南區業務組	<u>70006</u> 臺南中西區公園路 96 號	雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市
行政院衛生署中央健康保險局 高屏業務組	<u>80759</u> 高雄市九如二路 157 號	高雄市、屏東縣、澎湖縣
行政院衛生署中央健康保險局 東區業務組	<u>97042</u> 花蓮市軒轅路 36 號	花蓮縣、臺東縣

祖父母