全民健康保險被保險人育嬰留職停薪
在原投保單位繼續投保及異動申報表

（本表專供第一類投保單位填用）

表號：承表 W

投保單位代號									

收件章	分區業務組											業務組
	民國				年			月			日	申報
	民國				年			月份第				號表

壹、被保險人基本資料

	國民身分證統一編號（居留證號碼）	姓名	出生日期		
			年	月	日
被保險人					
被保險人子女					

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	☐ 同 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
行動電話（必填）	－	市話	（ ）	分機		
電子郵件：		被保險人簽章：	（蓋章）			

貳、留職停薪期間及繼續投保異動申報表(詳申報異動附表)

參、投保單位資料

投保單位名稱：

通訊地址：

電話：

負責人：（印章）經辦人：（印章）

單位圖記或印信

填表範例

健保署填用

受理		資料鍵錄		資料校對	
歸檔批頁號					

申報異動附表

投保單位代號										

	國民身分證統一編號 （居留證號碼）		姓　　名	出生日期		
				年	月	日
被保險人						
被保險人子女				年	月	日

留職停薪期間及繼續投保生效日

投保單位填寫						健保署填寫					
育嬰留職停薪期間						核定生效日期					
起			迄			起			迄		
年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日

留職停薪期間異動(提前復職或展延期間)

項目 (請勾選)		投保單位填寫						健保署填寫					
		育嬰留職停薪期間						核定生效日期					
提前	展延	起			迄			起			迄		
		年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日

黏貼裝訂請勿超過此裁切線

填表說明：

一、本表供育嬰留職停薪被保險人選擇在原投保單位繼續投保或前述繼續投保之期間有變動時填用，由投保單位填寫一式二份，一份送健保署，一份留存備查。

二、投保單位填寫本表時，第壹項被保險人及本次申請育嬰留停撫育子女基本資料欄位及第參項投保單位資料欄位請務必填寫；第貳項留職停薪期間及繼續投保生效日欄位則供育嬰留職停薪被保險人選擇在原投保單位繼續投保時填寫，留職停薪期間異動欄位則供原申報繼續投保之期間有變動時填寫。

三、請檢附被保險人嬰幼兒之戶籍資料影本或其他證明文件。

四、被保險人選擇於原投保單位繼續投保，保險費按原投保金額等級計算。其應自行負擔之保險費得遞延三年繳納，保險費繳款單由本署直接寄發被保險人繳納。

五、被保險人育嬰留職停薪期間如有變動(如提前復職、展期或喪失留職停薪資格)者，投保單位須再另填具本表(承表 W)，辦理異動申報手續。

六、被保險人如有育嬰留職停薪資格異動(如離職退保)、申請復保、基本資料變更或喪失參加健保資格等情形者，投保單位須依全民健保規定，另行辦理退保、復保及變更事項等申報手續。

七、被保險人眷屬如有健保異動(如依附投保、基本資料變更、退保等)，投保單位須依全民健保規定，另行辦理申報手續。

八、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 （健保署轄區業務組）	地 址	投保單位所在地
衛生福利部中央健康保險署 臺北業務組	104005 臺北市中山區中山北路1段7號 **郵寄請寄：** **100930臺北古亭郵局第200號信箱**	臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣
衛生福利部中央健康保險署 北區業務組	320216 桃園市中壢區中山東路3段525號	桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣
衛生福利部中央健康保險署 中區業務組	407666 臺中市西屯區市政北一路66號	臺中市、南投縣、彰化縣
衛生福利部中央健康保險署 南區業務組	700203 臺南市中西區公園路96號	雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市
衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組	801663 高雄市前金區中正四路259號	高雄市、屏東縣、澎湖縣
衛生福利部中央健康保險署 東區業務組	970009 花蓮市軒轅路36號	花蓮縣、臺東縣

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：

□□□-□□□

衛生福利部中央健康保險署　業務組啟

黏貼裝訂請勿超過此裁切線