|  |
| --- |
| 國立金門高級中學全民健康保險保險對象**加**、退、停、復保申請表投保單位代號： |
| 申請者 | 被 保 險 人 | 眷 屬 | 異 動原因、日期 | 備註 | 備註 |
| 本 人 | 眷 屬 | 姓 名 | 出 生年月日 | 身分證編 號 | 姓 名 | 出 生年月日 | 身分證編 號 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  申請人簽章：說明：一、申請加保（轉入）者請檢下列證件： 敬會 1.滿廿歲子女請附學生證或退伍證，驗後發還。 人事室出納 2.原投保單位之轉出申報表。 二、申請復保者請附護照影本或其他相關資料。 |