|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | | | | |