

全民健康保險保險對象退保申報表

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

表號：承表 L

投保單位代號											
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

退保者 (打V)	被 保 險 人				相 關 眷 屬				投 保 單 位 填 寫						核 定 生 效 日 期 (健保署填寫)				
	本 人	眷 屬	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)	專 技 雇 主 自 行 轉 出 請 打 V	轉 出 請 打 V	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)	退保原因		退 保 原 因 發 生 日 期			年				月	日
									轉出 (請打V)	不具健保資格 (請填代號)									
									離職、退休(役、會)	眷屬轉換單位	E-失蹤 M-死亡 U-喪失健保資格								

※請轉知保險對象，本保險為強制性保險，轉出後請儘速至新投保單位辦理投保手續，無職業

健保署填用

單位圖記
或
印 信

且未具眷屬資格者，請至戶籍所在地鄉（鎮、市、區）公所投保；近期內預定出國連續 6 個月以上且選擇辦理停保者，務必於新投保單位辦理投保及停保手續。 投保單位名稱： 通訊地址： 電 話： 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					

備註：保險對象轉出後如無職業，具眷屬資格者應以眷屬身分依附投保，如無職業且未具眷屬資格則請攜帶身分證、戶口名簿（攜眷者）、印章至戶籍所在地鄉（鎮、市、區）公所投保。

※專技自行執業者轉出，請檢附退保轉出證明文件(如已非合夥人關係之證明文件或其他單位受僱證明等…)

全民健康保險保險對象退保申報

表

※填表時，請參閱背面說明。

填表說明：

一、本表供第一類至第六類被保險人（第六類第二目除外）及其眷屬退保時填用，由投保單位填寫1份送衛生福利部中央健康保險署分區業務組，並請影印1份留存備查。

二、職業工會、農、漁、水利會會員、六類被保險人或各類眷屬，若已受僱於一定雇主，應由其受僱之投保單位辦理參加全民健康保險，原投保單位辦理退保。

三、全民健康保險之效力，自退保原因發生之當日24時停止。

四、全民健康保險退保原因請依規定填寫，並於原因別欄勾選「轉出」或填「不具健保資格」代號。

五、轉換投保單位或改變投保身分者，請於『退保原因欄』勾選「轉出」。

例如：

（一）第一類被保險人離職（含免職、撤職、停役）、退役、退休（資遣）等。

（二）第二類及第三類被保險人喪失會員資格。

（三）第四類被保險人喪失無依軍眷或在卹遺族資格。

（四）第五類保險對象喪失低收入戶資格。

（五）第六類保險對象轉換安置的社會福利服務機構。

（六）各類保險對象轉換為其他類保險對象。

（七）眷屬終止收養關係、離婚或年滿20歲不具眷屬續保資格。

六、被保險人退保時、其眷屬應隨同退保，並於「本人」欄位打V；被保險人仍繼續加保，僅申報眷屬單獨退保時，仍應填寫被保險人資料，並於「眷屬」欄位打V。

七、有關保險對象因轉換投保單位或改變投保身分辦理退保手續時，為避免保險對象投保紀錄中斷並保護個人資料隱私，投保單位應去除（遮蓋）本表其他

保險對象資料後，再影印1份交保險對象持往新投保單位辦理投保手續。

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

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

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	<u>10439</u> 臺北市中山區中山北路1段7號 郵寄請寄： 10099 台北郵政 30-200 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	<u>32005</u> 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	<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
衛生福利部中央健康保險署 南區業務組	<u>70006</u> 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	<u>80759</u> 高雄市九如二路157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	<u>97042</u> 花蓮市軒轅路36號	花蓮縣、臺東縣

