

表號：承表 ☐D ☐E ☐G ☐H

|  |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            |                             |          |          |             |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
|--|--|---------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---|-----|-------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------|----------|-------------|-----------------|--|------------|--|----------------|--|----------------------|--|--|--|--|--|
| 勞工保險證號：  |  |         |                         |                            |                                      | <div>勞工保險加保申報表</div> <div>全民健康保險第一、二、三類保險對象投保申報表</div> <div>(※勞工退休金提繳申報表)</div> |     |                         |                            |                             |          |          |             |                 |  | 勞保局、健保局收件章 |  | 健 保 局<br>分區業務組 |  | 業 務 組                |  |  |  |  |  |
| 全民健康保險投保單位代號   |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            |                             |          |          |             |                 |  |            |  |                |  | 民國    年    月    日申報  |  |  |  |  |  |
| 營利事業統一編號<br>或非營利扣繳編號   |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            |                             |          |          |             |                 |  |            |  |                |  | 民國    年    月分第    號表 |  |  |  |  |  |
| 申報<br>加保者<br>(打✓)  |  | 被 保 險 人 |                         |                            |                                      |   |     | 相 關 眷 屬                 |                            |                             |          |          |             | 健 保 專 用 欄 位     |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
|  |  | 姓 名     | 國民身分證統一編號<br>(居留證或護照號碼) | 出生年月日<br>(民前出生者<br>請加註「-」) | 雇主<br>自願<br>加勞<br>保(附<br>V)(親<br>屬註) | 勞保月投保薪資(元)、全民<br>健康保險投保<br>金額(元)<br>(詳見說明九、十)                                   | 姓 名 | 國民身分證統一編號<br>(居留證或護照號碼) | 出生年月日<br>(民前出生者<br>請加註「-」) | 稱謂<br>代號<br>(詳<br>說明<br>十一) | 投保單位填寫   |          | 健保局填寫       |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
|  |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            |                             | 合於健保投保條件 |          | 核定生效<br>日 期 |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
| 本 眷<br>人 屬   |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            |                             |          |          |             |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
|  |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            |                             |          |          |             |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
|  |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            |                             |          |          |             |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
|  |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            |                             |          |          |             |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
|  |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            |                             |          |          |             |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
|  |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            |                             |          |          |             |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
|  |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            |                             |          |          |             |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
|  |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            |                             |          |          |             |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
|  |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            |                             |          |          |             |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
|  |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            |                             |          |          |             |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
|  |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            |                             |          |          |             |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
| 投保單位名稱：  |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            | 勞保局、健保局填用                   |          |          |             |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
| 地 址：   |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            | 受 理 號 碼                     |          |          |             |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
| 電 話：   |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            | 人數                          |          | 名        |             | 勞保加保<br>健保受理日期： |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
| 負 責 人                      印章                      經 辦 人                      印章 |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            | 受理                          |          | 資料<br>鍵錄 |             | 資料<br>校對        |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |
|  |  |         |                         |                            |                                      |   |     |                         |                            |                             |          |          |             |                 |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |

※辦理加保手續請參閱背面說明  
※本表請填一式2份一併寄送健保局（台北業務組轄區則請寄勞保局），每份均需加蓋單位及負責人、經辦人印章，並詳填單位名稱、地址、電話（惟如整份表僅申報參加健保或僅申報參加勞保，請參閱背面說明二）  
※首次參加健保者（如新生嬰兒、新聘外籍勞工），請另填「請領健保IC卡申請表」，申請健保IC卡。