表號:承表 L 勞工保險證號 (8位數字+1位英文檢查碼)						勞 工 保 險 退 保 申 報 表 全民健康保險第一、二、三類保險對象退保申報表							券保局、健保局收件章				健 保 分區業務	組	
全民健保投保單位代號 單位統一編號或					⟨※ 券 工 退 休 金 停 止 提 繳 申 報 表 >											民國 年 月 日申幸		報	
早位統一編號或: 非營利扣繳編號:																	民國 年 月份第		號表
申			被	保	澰	. 人	1	相	刷	眷	屬		ą	殳 保	單	位	填 寫		
退保 (打 ⁾		姓	名	國民身分證統一編(居留證或護照號碼)		出生年月日		名	國民身(居留記		分證統一編號	退化	采原因	(1)			具健保資格 出)原 医	14 24 17	健保局核 5 生 效 日 其
本 人)	請加註「-」)		·		留證或護	護照號碼)			轉出	不具健保資格		生日期		
																			_
																			_
																			_
																			_
															勞化	呆局、	健保局填用		
	投	保單化	立名稱										受习	里號碼	馬				
			地址 電話										人數		- 一 - 学 - 1	保退保 保受理	2日期:		

負責人 印章

單位印章

印章

經辦人

受理

人員

資料

鍵錄

資料

校對

辦理退保手續請參閱背面說明。
本表請填寫一式2份一併寄送健保局(臺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。(惟如整份表僅申報健保退保或僅申報勞保退保,請參閱背面說明二)。