

# 桃園市保險經紀職業工會會員

## 眷屬加、退健保申請書

|                                                         |      |           |    |          |           |          |        |
|---------------------------------------------------------|------|-----------|----|----------|-----------|----------|--------|
| 會員<br>姓名                                                |      | 身份證<br>字號 |    | 生日       |           | 會員<br>編號 | (工會填寫) |
| 行動<br>電話                                                |      | 住家<br>電話  |    | 公司<br>電話 |           |          |        |
| 加保<br>退保                                                | 眷屬姓名 | 身份證字號     | 生日 | 關係       | 加、退<br>日期 |          |        |
| <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 |      |           |    |          |           |          |        |
| <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 |      |           |    |          |           |          |        |
| <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 |      |           |    |          |           |          |        |
| <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 |      |           |    |          |           |          |        |
| <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 |      |           |    |          |           |          |        |
| <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 |      |           |    |          |           |          |        |

加保準備資料:眷屬健保生效前請先辦理繳費程序

☐ 眷屬戶口名簿      ☐ 子女年滿 20 歲需附上學生證

☐ 辦理新生兒及首次申請健保卡

☐ 毀損或遺失補發健保卡   ☐ 工本費 200 元   ☐ 二個月內 2 吋照片一張

聯絡電話:(03)357-6146 回傳專線:(03)346-0102

會員簽名：\_\_\_\_\_