

# 臺北市立信義國民中學教職員或眷屬參加健保異動申請表

☐加保      ☐轉出（轉至其他單位）      ☐資料變更      ☐其他

## 一、員工資料：(如僅眷屬異動免填)

員工身分證號：

員工出生日期：

## 二、眷屬資料：

眷 屬 姓 名	稱 謂	身 分 證 號	出 生 日 期	生 效 日 期

註：眷屬合於投保條件僅限下列原因：

一、無職業之配偶或直系血親尊親屬。

二、二親等內直系血親卑親屬未滿 18 歲且無職業，或年滿 18 歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業，合於下列情形之一者( 健保法§2、細則§6 及§21)：

1. 在學就讀且無職業 (S)。
2. 受監護宣告尚未撤銷 (P)
3. 領有身心障礙手冊且不能自謀生活 (A)
4. 罹患符合本法所稱重大傷病且無職業 (H)
5. 應屆畢業自當學年度終了之日起或服兵役退伍，退伍日起一年內且無職業 (G)

填表人簽名   ：

填 表 日 期   ：       年           月           日