

台北市仲介業職業工會

◎ 眷屬加保申請書 ◎

~ 被保險人基本資料 ~							
會員編號		需加保者身份		<input type="checkbox"/> 眷屬依附 <input type="checkbox"/> 新生兒依附		加保項目	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保
姓名		性別		出生日期		身份證號	
電話		傳真		行動電話			
聯絡地址	郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>						
~ 眷屬加保情況 ~							
稱謂	姓名	出生日期	身份證號	健保-加保日	團保-加保日		
父親				年 月 日	年 月 日		
母親				年 月 日	年 月 日		
配偶				年 月 日	年 月 日		
子女				年 月 日	年 月 日		
子女				年 月 日	年 月 日		
子女				年 月 日	年 月 日		
子女				年 月 日	年 月 日		
附件	★ 戶口名簿或戶籍謄本影本一份 ★ (以依附眷屬為主) ★ 外籍眷屬請加附依親居留證影本一份 ★ ★ 子女年滿20歲以上依附者需付學生證影本一份 ★						
說明	若非本人申請，代理人願負一切責任。						
注意事項	◎ 電話：(02) 2518-2896...7 傳真：(02) 2508-3251 ※ 傳真辦理退保手續，請務必當日來電確認 ※						

被保險人簽名：

由工會辦理新生兒健保卡 (14天作業時間)

自行到健保局辦理新生兒健保卡

眷屬依附加保日期：

代理人或單位承辦人簽名：

代理人或單位承辦人聯絡電話：

代理人與被保險人關係：

